

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
VANESSA CORBEIL

IMPACT DE LA RÉSISTANCE ET DU TRANSFERT NÉGATIF AINSI QUE DU
TRAVAIL CLINIQUE INTERPRÉTATIF DE CES PROCESSUS SUR LA QUALITÉ
DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

DÉCEMBRE 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Ce mémoire doctoral a été dirigé par :

Marie Papineau, Ph.D., directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Jury d'évaluation du mémoire doctoral :

Maryse Benoît, Ph.D., évaluatrice

Université de Sherbrooke

Miguel M. Terradas, Ph.D, évaluateur

Université de Sherbrooke

Marie Papineau, Ph.D., évaluatrice

Université de Sherbrooke

Sommaire

La qualité de l'alliance thérapeutique est reconnue comme étant un facteur important lié au changement en psychothérapie. Dans le cadre de la psychothérapie d'orientation psychodynamique, il est considéré que les manifestations de résistance et la présence de transfert négatif peuvent créer des tensions nuisant à la qualité de l'alliance thérapeutique. Les études empiriques, ayant investigué l'impact du travail clinique interprétatif de la résistance et du transfert négatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique, rapportent des résultats mitigés. Il semble pertinent de réaliser une étude en contexte naturel de psychothérapie psychodynamique permettant d'illustrer l'impact du travail clinique de la résistance et du transfert négatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique de manière plus précise. Les objectifs principaux de ce mémoire doctoral sont d'observer et de décrire l'évolution et l'interaction de la qualité de l'alliance thérapeutique, des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif, ainsi que d'observer et de décrire l'impact des interventions interprétatives de la résistance et du transfert négatif sur ces variables. Un devis de recherche inspiré de l'étude de cas multiples, comprenant un volet quantitatif ainsi qu'un volet qualitatif, a été utilisé auprès d'un échantillon de trois participants âgés entre 20 et 40 ans suivis en psychothérapie par la chercheuse principale de l'étude. L'étude a été accomplie dans un paradigme de recherche-action, dans lequel les expériences concomitantes liées aux postures de thérapeute et de chercheuse s'enrichissent mutuellement. Les variables ont été mesurées lors de chacune des 15 séances de psychothérapie avec le Helping Alliance Questionnaire, l'Échelle d'Amplitude des Manifestations de Résistance et le Psychotherapy Relationship Questionnaire. Les

données quantitatives descriptives font l'objet d'une mise en graphique. De plus, un journal recueillant la réflexion de la thérapeute à propos des objectifs de recherche a été rédigé et analysé en s'inspirant du modèle de la théorisation ancrée de Glaser et Strauss (1967), et en particulier de la technique de mémoing. Selon les résultats de l'étude et les hypothèses avancées dans la discussion, la qualité de l'alliance thérapeutique évolue de manière linéaire en rencontrant quelques variations, dues en partie à l'instabilité de la capacité à collaborer entre le patient et la thérapeute. Les manifestations de résistance évoluent quant à elles selon un mouvement d'oscillation, et le transfert négatif de type évitant/rejetant prédomine chez les participants de l'étude. De plus, la qualité de l'alliance thérapeutique décroît lorsque les manifestations de résistance et la présence de transfert négatif sont en hausse. Enfin, les interventions interprétatives de la résistance et du transfert négatif semblent engendrer des retombées positives en restaurant la fluidité de la collaboration, en permettant l'accès à un contenu significatif ou en rendant le lien thérapeutique plus intime. L'étude est novatrice par son observation des variables de manière globale et continue tout au long du suivi. Cette étude est pertinente pour la pratique professionnelle puisqu'elle permet de dépeindre un portrait plus sensible des défis liés à l'interprétation de la résistance et du transfert négatif en vue de préserver la qualité de l'alliance thérapeutique.

Mots-clés : Alliance thérapeutique, résistance, transfert négatif, interventions interprétatives, devis de recherche mixte, étude de cas multiples.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte théorique	3
Description de la psychothérapie psychodynamique et de sa visée	5
La relation thérapeutique	6
L'alliance thérapeutique	7
Définition et dimensions de l'alliance thérapeutique	7
Solidité de l'alliance thérapeutique	7
Les ruptures de l'alliance thérapeutique	8
Le transfert	9
Définition et fonction	9
Le transfert en psychothérapie : formes et motifs d'apparition	9
Types de transfert	10
Transfert négatif	10
La résistance	11
Définition et fonction	11
La résistance en psychothérapie : formes et motifs d'apparition	12
Types de résistance	12
Contre-transfert et contre-résistance	13
Définition des concepts	13
Le détruit-trouvé	14
Agissement et contenance du contre-transfert et de la contre-résistance	15
Le travail clinique interprétatif de la résistance et du transfert négatif	15
Études empiriques	17
Objectifs de recherche	22

Méthode	24
Devis de l'étude	25
Description de la thérapeute	26
Recrutement	26
Entrevue de sélection	27
Échantillon	27
Cueillette des données	28
Instruments de mesure	29
Revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II)	29
Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ)	29
Échelle d'amplitude des manifestations de résistance (ÉAMR)	30
Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS)	31
Journal de la thérapeute	31
Analyse des données	31
Démarche de validation de la fiabilité inter-juges	31
Données quantitatives descriptives	32
Données qualitatives	33
Mise en commun des données	33
Les moments saillants	33
Liaison des mémos au moyen des mémas	34
Considérations éthiques	34
Résultats	35
Résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus pour le participant 1	37
Descriptions des moments saillants du suivi thérapeutique du participant 1	40
Résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus pour le participant 2	40
Descriptions des moments saillants du suivi thérapeutique du participant 2	44
Résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus pour le participant 3	45
Descriptions des moments saillants du suivi thérapeutique du participant 3	48
Présentation des mémas	49
Discussion	50

Discussion des résultats reliés au premier objectif.....	51
Premier sous-objectif.....	51
Évolution linéaire de la qualité de l’alliance et variations de la capacité à collaborer.....	52
Divergences et similitudes des perceptions du patient et de la thérapeute quant à la qualité de l’alliance thérapeutique.	52
Deuxième sous-objectif.....	54
Mouvements d’oscillation de la résistance.....	54
Troisième sous-objectif.....	55
Transfert défensif comme style prédominant de transfert négatif.	55
Discussion des résultats reliés au deuxième objectif	56
Premier sous-objectif.....	57
Manifestations de résistance et présence de transfert négatif qui engendre des affects négatifs chez le patient et la thérapeute.....	57
Manifestations de résistance et présence de transfert négatif représentant des ruptures d’alliance.....	58
La résistance comme système défensif pouvant restaurer l’alliance.	59
Affaiblissement de l’impact des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif suite à la solidification de l’alliance.....	60
Deuxième sous-objectif.....	61
Exacerbation mutuelle des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif.	61
Discussion des résultats reliés au troisième objectif	62
Troisième objectif.....	62
Travail clinique des processus de résistance et de transfert négatif pendant le suivi.....	63
Travail clinique des ruptures d’alliance occasionnées par les processus de résistance et de transfert négatif pendant le suivi.	66
Forces de l’étude.....	70
Limites de l’étude	70
Retombées de l’étude	72
Pistes d’investigations futures	72

Conclusion	74
Références.....	77
Appendice A. Affiche pour le recrutement de participants à l'étude	95
Appendice B. Entrevue téléphonique avec les participants potentiels de l'étude	97
Appendice C. Canevas de l'entrevue d'évaluation pour la participation à l'étude	102
Appendice D. Description de la complétion des instruments de l'étude	107
Appendice E. Méthode de codification de l'Échelle d'Amplitude des Manifestations de Résistance et du Psychodynamic Intervention Rating Scale	109
Appendice F. Échelle d'Alliance Aidante	113
Appendice G. Psychotherapy Relationship Questionnaire	118
Appendice H. Présentation de l'Échelle d'Amplitude des Manifestations de Résistance	127
Appendice I. Présentation de la section du Psychodynamic Intervention Rating Scale utilisée	137
Appendice J. Journal de la thérapeute.....	144
Appendice K. Méthode de complétion du tableau d'enregistrement de l'Échelle d'Amplitude des Manifestations de Résistance pour l'inter-juges.....	146
Appendice L. Résultats du processus d'accord inter-juges	149
Appendice M. Présentation des interventions interprétatives de la thérapeute	156
Appendice N. Liste complète des mémos utilisés à la création des mémos	160
Appendice O. Certificat d'éthique.....	166
Appendice P. Formulaire d'information et de consentement pour les participants de l'étude.....	168
Appendice Q. Formulaire de consentement au respect de la confidentialité des participants pour les assistantes de recherche.....	174
Appendice R. Résultats quantitatifs descriptifs des participants.....	176

Liste des tableaux

Tableau

1.1 Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 1.2 et 1.4	38
1.2 Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 1.1 et 1.3	39
2.1 Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 2.1 et 2.5	42
2.2 Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 2.2 et 2.4	43
2.3 Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 2.3	44
3.1 Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 3.1 et 3.4	46
3.2 Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 3.3	47
3.3 Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 3.2 et 3.5	48
4 Présentation des mémos mémos	49

Liste des figures

Figure

1.1 Observations des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique et identification des moments saillants pour le patient 1	37
1.2 Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de manifestations de résistance et identification des moments saillants pour le patient 1	38
1.3 Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de transfert négatif et identification des moments saillants pour le patient 1.	39
2.1 Observations des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique et identification des moments saillants pour le patient 2	42
2.2 Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de manifestations de résistance et identification des moments saillants pour le patient	43
2.3 Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de transfert négatif et identification des moments saillants pour le patient 2	44
3.1 Observations des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique et identification des moments saillants pour le patient 3	46
3.2 Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de manifestations de résistance et identification des moments saillants pour le patient 3	47
3.3 Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de transfert négatif et identification des moments saillants pour le patient 3	4

Remerciements

D'abord, j'aimerais remercier chaleureusement ma directrice de recherche, Marie Papineau, qui m'a inspiré le sujet de ce mémoire doctoral. Marie, merci de m'avoir accompagnée de manière sensible et soucieuse. Tu m'as appris à demeurer à l'écoute de mes propres processus de résistance et à les valoriser, tout en cherchant à les déjouer pour que je puisse terminer ce gros chapitre de ma vie! Merci de m'avoir offert de l'espace pour ma créativité et un cadre qui m'a permis d'organiser mes idées et de bien les ficeler dans un tout cohérent. Je vais garder près de moi tous ces apprentissages réalisés à tes côtés. Je souhaite aussi remercier les autres membres de mon jury de correction, Maryse Benoît et Miguel M. Terradas, qui m'ont offert une rétroaction riche et détaillée me permettant ainsi d'améliorer mon mémoire doctoral.

J'aimerais également remercier des mentors qui m'ont transmis leur passion pour la psychothérapie psychodynamique, ce qui a contribué à mon envie de lui faire une place toute spéciale dans mon processus de recherche. Merci à Anne Lafontaine, à Jean Descôteaux, à Olivier Laverdière et à Liliane Sayegh. J'offre également mes remerciements à Sylvie de Lorimier, qui a su stimuler la réflexion clinique derrière ce mémoire doctoral et participer à la construction de mon identité de thérapeute.

Je veux aussi offrir un merci bien spécial à mes amies Véronique et Marianne qui ont su m'accueillir avec leurs mots validants et qui ont enrichi la qualité de ce mémoire de par leur rôle d'assistantes de recherche. À ma famille du doctorat, avec qui j'ai partagé des expériences touchantes et enrichissantes, merci d'avoir contribué à ce mémoire en

étant à l'écoute et en « cogitant » avec moi sur la pratique clinique. À mon amie Sabrina, merci d'avoir accepté de participer à la traduction de mes instruments et d'avoir été une amie fidèle dans toute cette aventure. J'aimerais aussi saluer ma partenaire de rédaction, Manoushka, qui m'a offert une présence constante permettant discipline et légèreté! Un immense merci également à Manouanne qui m'a guidée dans de grandes étapes de ce périple. Merci à François-Charles, qui a révisé mon orthographe! Je tiens aussi à remercier Jérémy qui m'a offert son expertise informatique avec une grande générosité. Merci à Marilou, qui m'a offert un espace, littéralement, pour recevoir les participants de cette étude.

Enfin, je souhaite remercier divers membres de ma famille. D'abord, une personne bien précieuse pour moi, ma sœur Maude, qui a su s'adapter à mes besoins en m'offrant un lieu apaisant et en respectant mes silences lorsque je souhaitais éviter le sujet de la « thèse ». Merci à son conjoint, Philip, qui m'a gentiment offert son aide pour que je devienne autonome dans Excel! Merci à ma mère de m'avoir transmis l'envie de travailler en relation d'aide et d'avoir cru en ma capacité de mener à terme cette aventure. Merci à mon père de m'avoir lancée dans diverses occasions d'apprentissage qui ont contribué à façonner ma ténacité, petit ingrédient nécessaire à la complétion d'un mémoire doctoral!

Le voici donc, enfin, bien déposé entre vos mains, ce mémoire doctoral.

Bonne lecture!

Vanessa Corbeil

Introduction

La qualité de l'alliance thérapeutique est reconnue comme un facteur lié au changement en psychothérapie (Drisko, 2004; Horvath, 2001). Au sein d'un suivi en psychothérapie, les manifestations de résistance et la présence de transfert négatif sont susceptibles d'affecter la qualité de l'alliance thérapeutique (Muran & Barber, 2010). Dans le cadre de l'approche psychodynamique, comme le travail clinique de la résistance et du transfert négatif est central, quelques études cliniques se sont intéressées à l'impact de l'interprétation de ces processus sur la qualité de l'alliance thérapeutique (Hoglend et al., 2011; Petraglia, Bhatia, de Roten, Despland, & Drapeau, 2015). Ces écrits scientifiques rapportent des résultats mitigés et il y a peu de consensus quant au travail clinique à privilégier pour maintenir une alliance thérapeutique de qualité. Il apparaît pertinent de réaliser une étude en contexte naturel de psychothérapie psychodynamique permettant de documenter l'impact du travail clinique de ces processus ainsi que l'effet de ces variables sur la qualité de l'alliance thérapeutique en tenant compte des points de vue du thérapeute et du patient. Il est attendu que ce travail clinique permette d'apaiser les tensions dans la qualité de l'alliance thérapeutique. Ce mémoire doctoral est divisé en cinq sections. La première aborde le contexte théorique de l'étude en déposant ses concepts théoriques et les études similaires réalisées. La deuxième présente la méthode utilisée et décrit les analyses accomplies. La troisième rapporte les résultats de l'étude. La quatrième propose des constats et des hypothèses quant aux données en lien avec les écrits scientifiques, pour finir en décrivant les forces, les limites, les retombées de l'étude et des pistes d'investigations futures. Finalement, la conclusion fait un résumé des résultats de l'étude et elle met en lumière les aspects novateurs de ce mémoire doctoral.

Contexte théorique

La recherche en psychologie clinique a étudié les retombées positives de la psychothérapie ainsi que les changements significatifs qu'elle produit chez les individus (APA, 2013; Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson, & Tomlins, 2012; Elkins, 2012). L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) (2018) décrit que les changements associés à la psychothérapie « servent à modifier le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, le système interpersonnel, la personnalité ou l'état de santé » de l'individu (p.10). Ces changements se produisent par l'entremise de diverses approches théoriques en psychothérapie, entre autres l'approche cognitive comportementale, l'approche humaniste, l'approche systémique et l'approche psychodynamique (Barlow, 2004; Luborsky et al., 2002; Wampold et al., 1997). La recherche clinique s'intéresse actuellement à mieux comprendre ces mécanismes de changement et leur action thérapeutique (Gabbard & Westen, 2003; Lacewing, 2014). Selon les chercheurs Barber et Sharpless (2015) le courant de recherche actuel est particulièrement orienté vers la mesure de l'impact de certaines interventions sur la diminution des symptômes de détresse psychologique. Dans le cadre d'une orientation psychodynamique, l'approche retenue dans le présent mémoire doctoral, cet axe de recherche comporte divers défis (Barber & Sharpless, 2015). En effet, en psychothérapie psychodynamique, les mécanismes de changement ont une composante latente et le progrès thérapeutique n'est pas uniquement dirigé vers la réduction des symptômes (Hoffart & Johnson, 2017). Malgré cette embûche, plusieurs études expérimentales d'orientation psychodynamique ont été réalisées pour vérifier l'impact de ses techniques d'intervention (Shedler, 2010). D'un autre point de vue, certains chercheurs soutiennent

que la complexité des processus thérapeutiques ne peut être réduite à de simples techniques extraites de leur contexte pour en vérifier l'efficacité (Bell, 2018; Butler & Strupp, 1986). La section suivante offre une description de la psychothérapie psychodynamique et des processus de changement complexes qui y sont liés.

Description de la psychothérapie psychodynamique et de sa visée

La psychothérapie psychodynamique sollicite divers types de changement chez le patient tels que l'utilisation de défenses plus matures, l'augmentation de la qualité des relations d'objet et de la qualité du fonctionnement réflexif (Barber & Sharpless, 2015).

Selon Gabbard (2010), la psychothérapie psychodynamique est :

Une thérapie qui implique une attention particulière à l'interaction entre le patient et le thérapeute, avec une interprétation en temps voulu des résistances et du transfert, fondée sur l'appréciation fine de la contribution du thérapeute à la relation duelle avec le patient. (p. 2.)

Les thérapies psychodynamiques ont en commun l'accent mis sur l'expression des émotions et les tentatives d'évitement de certaines pensées ou émotions, l'identification de thèmes récurrents, la discussion des expériences passées et de l'enfance, l'attention portée sur les relations interpersonnelles, la relation thérapeutique et l'exploration des désirs inconscients (Blagys & Hilsenroth, 2000). Le thérapeute d'orientation psychodynamique vise à amener le patient à cultiver de l'intérêt vers le sens de ses réactions et de ses émotions (McWilliams, 2004). Cette curiosité est entre autres développée en utilisant le matériel qui se développe dans la relation thérapeutique (Gabbard, 2010). D'ailleurs, plusieurs études d'orientation psychodynamique se sont intéressées à la relation thérapeutique en la positionnant au cœur des processus de

changement (Fonagy & Allison, 2014; Hill & Knox, 2009; Watson, Steckley, & McMullen, 2014). La section suivante présente la relation thérapeutique en psychothérapie psychodynamique.

La relation thérapeutique

Dans une perspective psychodynamique, la relation thérapeutique qui s'établit entre le patient et son thérapeute représente un levier important d'intervention de la psychothérapie (Clarkins, Yeomans, & Kernberg, 2006; Gabbard 2010; Lacewing, 2014). Au sein de cette relation complexe, le patient remet en scène ses patrons relationnels inadaptés au moyen du transfert, tout en expérimentant par moments une relation réelle et positive avec le thérapeute (Gabbard, 2010). C'est par le biais de cette expérience relationnelle et affective que le patient peut comprendre et modifier ses relations d'objet, c'est-à-dire ses patrons relationnels (Gabbard, 2010; Lacewing, 2014). L'étude empirique de la relation thérapeutique comporte certains défis puisque cette démarche implique d'harmoniser les différents aspects subjectifs qu'elle contient (Bell, 2018). Parmi les chercheurs qui se sont intéressés à en dégager les composantes, Gelso et Carter (1994) décrivent que cette dernière est constituée de l'alliance thérapeutique, de la relation réelle et du transfert. L'alliance thérapeutique est sans doute la composante de la relation qui a été la plus étudiée et elle a été reconnue comme l'un des facteurs de changement thérapeutiques les plus importants (Drisko, 2004; Horvath, 2001). La section suivante présente l'alliance thérapeutique dans une perspective psychodynamique.

L'alliance thérapeutique

Définition et dimensions de l'alliance thérapeutique

Dans une orientation psychodynamique, le concept d'alliance thérapeutique a été abordé en utilisant différents termes pour le désigner. À l'origine, Freud (1912) avait remarqué la présence d'un rapport facilitant le processus thérapeutique qui se manifestait comme un transfert positif. L'auteur Greenson (1967) a décrit le concept d'alliance de travail comme le degré d'entente entre le patient et le thérapeute quant aux objectifs de la thérapie et à la manière de mener le travail thérapeutique. Le chercheur Bordin (1979) a contribué à conceptualiser l'alliance thérapeutique en la rendant transthéorique (Messer & Wolitzky, 2010). Ses travaux ont mis de l'avant trois dimensions interdépendantes de l'alliance thérapeutique : l'entente sur les objectifs, l'entente sur les tâches liées à la thérapie et la qualité du lien thérapeutique. Le chercheur Luborsky (1984) a introduit le concept d'alliance « aidante », représentant les aspects de la relation thérapeutique qui facilitent le processus thérapeutique. La qualité de l'alliance thérapeutique évoluerait en deux phases correspondant à l'alliance de type 1 et à l'alliance de type 2: 1) le patient perçoit que le thérapeute est aidant et 2) le patient investit le processus thérapeutique et fait confiance en ce dernier (Luborsky, 1976). La section suivante présente brièvement des variables qui influencent la solidité de l'alliance thérapeutique.

Solidité de l'alliance thérapeutique

Plusieurs variables ont été investiguées afin d'identifier celles qui influencent la solidité de l'alliance thérapeutique (Messer & Wolitzky, 2010). Parmi les facteurs liés au

patient, les écrits scientifiques rapportent des corrélations positives avec la qualité du fonctionnement interpersonnel et avec les attentes liées à la thérapie (Beretta et al., 2005; Gibbons et al., 2003). Quant aux facteurs liés au thérapeute, l'étude de Ackerman et Hilsenroth (2003) a permis de cibler entre autres qu'une attitude flexible et chaleureuse ainsi que des techniques thérapeutiques visant la collaboration et l'expression de l'affect sont liées à une alliance thérapeutique de qualité. Ainsi, selon la présence de divers facteurs liés au patient ou au thérapeute en suivi thérapeutique, l'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique sera parsemée de fluctuations signifiant parfois la présence de moments de rupture et de résolution dans l'alliance (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011; Muran & Barber, 2010). La prochaine section décrit le phénomène des ruptures d'alliance thérapeutique.

Les ruptures de l'alliance thérapeutique

Selon les auteurs Safran et Muran (2000), une rupture d'alliance représente une détérioration de la qualité de l'alliance thérapeutique qui se manifeste par une perte de collaboration quant à une tâche ou un but de la thérapie ou par une entaille dans la qualité du lien. La rupture, de durée variant de quelques minutes à quelques séances, peut autant désigner une tension mineure qu'un obstacle majeur qui mène à l'arrêt du suivi (Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990; Safran & Kraus, 2014). Safran et Muran (1996) identifient deux types de ruptures. La rupture d'évitement représente le détachement du patient face au thérapeute ou au processus thérapeutique, alors que la rupture de confrontation apparaît lorsque le patient démontre de l'insatisfaction envers le

thérapeute ou le processus thérapeutique. Dans une perspective psychodynamique, les ruptures d'alliance sont souvent conséquentes à l'apparition d'un transfert dans la relation thérapeutique (de Roten & Michel, 2013; Safran & Muran, 2000).

Le transfert

Définition et fonction

En psychothérapie psychodynamique, le transfert est un outil d'évaluation psychologique et d'action thérapeutique central (de Roten & Michel, 2013; Gabbard, 2010; Gelso, Hill, Mohr, Rochlen, & Zack, 1999). Le transfert peut être défini comme la tendance à expérimenter des aspects représentatifs de relations significatives antérieures au sein d'autres relations de manière consciente ou inconsciente (Levy & Scala, 2012). Dans le contexte de la psychothérapie, le transfert représente l'expérience que vit le patient envers son thérapeute. Cette expérience est formée par les structures psychologiques du patient et de son historique de vie, et elle plonge ainsi ce dernier et son thérapeute dans une remise en scène d'une relation significative passée (Clarkins et al., 2006; Gelso & Bhatia, 2012). Ainsi, en psychothérapie, le transfert a pour fonction de communiquer et de rejouer les dynamiques relationnelles sous-jacentes du patient dans l'ici et maintenant, en vue de les résoudre (Clarkins et al., 2006).

Le transfert en psychothérapie : formes et motifs d'apparition

Le transfert peut se présenter selon divers modes en psychothérapie : il peut prendre une forme observable en se manifestant en comportements, en attitudes ou en

sentiments dirigés vers le thérapeute ou il peut prendre une forme intrapsychique qui n'est pas directement exprimée (Gelso & Hayes, 1998). Comme la présence du transfert génère souvent de l'anxiété chez le patient, il tend à apparaître et à se dissiper au fil des phases de la psychothérapie, en variant en intensité (Bleuler, 1996; Have-de Labije & Neborsky, 2012). Quant aux motifs du transfert, ce dernier peut avoir un motif défensif en entravant le travail thérapeutique ou un motif lié à un désir de changement (Freud, 1912; Greenson, 1967). En effet, le caractère répétitif du transfert illustre le souhait inconscient du patient d'obtenir une réparation de ses blessures relationnelles en cherchant à faire l'expérience d'une nouvelle relation plus harmonieuse (Gabbard, 2010).

Types de transfert

Le transfert a souvent été classifié en considérant la valence de l'affect qui lui est lié, soit positif ou négatif (Markin, McCarthy, & Barber, 2013; Nuetzel, Larsen, & Prizmic, 2007). Le transfert positif se manifeste parfois en transfert idéalisé en exagérant les attributs positifs du thérapeute ou en transfert érotique en rejouant une dynamique de séduction avec le thérapeute (Meissner, 2001). Comme le transfert négatif est la forme de transfert qui a été retenue dans le cadre de ce mémoire doctoral, il sera présenté de manière plus spécifique dans la sous-section suivante.

Transfert négatif. Le transfert négatif est présent dans tout processus thérapeutique, peu importe le niveau de pathologie du patient (Kernberg, 1984 ; Meissner, 2001). Le transfert négatif peut être marqué par différents affects à intensité variable

comme de l'agressivité ou de l'hostilité, par de l'arrogance ou de la grandiosité, par de l'évitement ou du rejet, par de l'anxiété ou une peur de l'abandon (Tanzilli, Colli, Gualco, & Lingardi, 2018 ; Bradley, Heim, & Westen, 2005). En psychothérapie, le transfert négatif se pose souvent comme une entrave au progrès thérapeutique en créant des moments de rupture dans la collaboration et ainsi, dans l'alliance thérapeutique (Safran & Muran, 2000). D'ailleurs, lorsque le transfert a un motif défensif et qu'il opère comme une résistance au processus thérapeutique, il est nommé « résistance de transfert ». La résistance de transfert apparaît souvent de manière à interrompre le fil naturel des associations du patient (Tuckett, 2019). La section suivante traite de la résistance en psychothérapie psychodynamique.

La résistance

Définition et fonction

La résistance représente tout ce qui s'oppose au processus thérapeutique (Freud, 1926; Greenson, 1967). Elle constitue une manière de camoufler certains aspects de la personnalité et d'éviter la prise de conscience de sentiments, de désirs ou de fantasmes inavouables (Messer, 2002). La résistance mobilise l'utilisation de mécanismes de défense dans le contexte de la psychothérapie afin de protéger le moi du patient des angoisses que suscite le travail thérapeutique (Gabbard, 2010; Horner, 2005). Elle possède ainsi une fonction adaptative de protection en maintenant l'équilibre entre l'accès à des contenus pouvant induire un changement et le maintien à distance de contenus pouvant induire de la souffrance (Astor, 1994; Messer, 2002).

La résistance en psychothérapie : formes et motifs d'apparition

La résistance peut se présenter selon divers modes en psychothérapie. Elle peut prendre entre autres la forme d'un silence, d'un oubli, d'une réaction de fermeture suite à une intervention du thérapeute, d'une absence d'affect, etc. (Astor, 1994; Messer, 2002). De par sa nature, la résistance génère parfois des impasses thérapeutiques qui se refléteront dans la qualité de l'alliance thérapeutique (Safran & Muran, 2000). Elle se présente à différents niveaux d'intensité tout au long du suivi (Freud, 1912). Quant aux motifs de la résistance, les manifestations de résistance servent principalement à la mise à distance d'un conflit intrapsychique inconscient amenant le patient à se défendre contre des angoisses et des désirs qui se présentent de manière opposée (Gabbard, 2010; LaFarge, 2012; Manetta, Gentile, & Gillig, 2011). Une fois ce conflit amené à la conscience du patient, la résistance sert souvent de force d'opposition à la renonciation des désirs sous-jacents au conflit (Manetta et al., 2011). La résistance a également comme motif le maintien du statu quo et elle se présente comme une réticence à intégrer de nouveaux comportements plus adaptés (Freud, 1912; Manetta et al., 2011). Enfin, la résistance peut servir d'opération défensive à l'apparition du transfert et elle est alors désignée comme la « résistance au transfert » (Gabbard, 2010; Greenson, 1967).

Types de résistance

Greenson (1967) a classifié les résistances selon cinq types d'opposition pouvant être observés en séance de psychothérapie : l'opposition à l'affect douloureux, au rappel de matériel, au thérapeute, au changement et à l'insight. Les résistances peuvent

également être groupées selon si elles proviennent du patient ou du thérapeute (Lafarge, 2012; Messer, 2002; Roquet-St-Arnaud, 2002). Les résistances provenant du patient sont souvent générées par la difficulté de ce dernier à contenir l'angoisse liée aux contenus conflictuels ou à la présence d'un transfert négatif, selon la maturité de son organisation psychique et de ses défenses (Astor 1994; Bond & Perry, 2004; Messer, 2002). Du côté du thérapeute, ce dernier peut être à la source des manifestations de résistance du patient lorsqu'il a de la difficulté à contenir l'intensité des affects générés par la résistance et le transfert ou qu'il manque d'accordage en lien avec les besoins du patient (Lafarge, 2012; Messer, 2002; Roquet-St-Arnaud, 2002). La prochaine section aborde les concepts de contre-transfert et de contre-résistance.

Contre-transfert et contre-résistance

Définition des concepts

Le contre-transfert, selon une définition élargie du concept, représente l'ensemble des réactions et sentiments du thérapeute envers son patient, qui sont générés à la fois par le transfert de ce dernier et par ce qu'il suscite au niveau de ses enjeux psychologiques (Laplanche & Pontalis, 2007). Les thérapeutes d'orientation psychodynamique considèrent le contre-transfert comme un outil précieux d'intervention pour mieux appréhender le transfert du patient et travailler ce dernier au sein de l'espace thérapeutique (Gabbard, 2020). Bien que moins utilisé que son homologue, le concept de contre-résistance représente les réactions de résistance du thérapeute en réaction à la résistance du patient et au processus de changement de ce dernier (Glover, 1955; Papineau &

Sasseville-Lahaie, 2017). Certains processus de changement thérapeutique occasionnent des défis importants sur le plan du contre-transfert et de la contre-résistance. Afin de situer quelques-uns de ces défis, l'exemple du détruit-trouvé est présenté brièvement dans la section suivante.

Le détruit-trouvé

Le contexte de la psychothérapie favorise l'apparition de résistance et de dynamiques transférentielles qui mineront la capacité à penser du thérapeute en induisant chez lui des affects négatifs (Roussillon, 2010; Winnicott, 1971). Roussillon (2009) décrit la répétition possible dans la relation thérapeutique du processus développemental du détruit-trouvé décrit par Winnicott. Selon Winnicott (1975), le détruit-trouvé est une étape du développement qui permet la résolution du narcissisme primaire puisque le nourrisson perd graduellement son sentiment de toute-puissance en constatant que sa mère a survécu à sa rage, bien qu'elle en ait été atteinte. Roussillon (2009) propose que le patient éprouve le désir de détruire le thérapeute afin de le trouver ensuite, un processus qui offre une occasion de résolution de cet enjeu, tout en occasionnant des défis sur le plan contre-transférentiel. La conscientisation des processus de contre-transfert et de contre-résistance favorise la contenance et limite les agissements néfastes à l'alliance thérapeutique (Gabbard, 2010; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004; Lehmann, 2013).

Agissement et contenance du contre-transfert et de la contre-résistance

L'intensité du contre-transfert peut mener à un agir de la part du thérapeute, c'est-à-dire un comportement de réaction, non réfléchi, en réponse au transfert du patient (Goyena, 2006; Laberge, 2019). Plusieurs études ont documenté l'effet délétère de l'agissement du contre-transfert du thérapeute sur la qualité de l'alliance thérapeutique, particulièrement lorsque cela se transpose en une attitude confrontante et impatiente à l'endroit du patient (Hatcher, 2010; Henry & Strupp, 1994; Safran & Muran, 1995). Quelques auteurs ont mis de l'avant l'importance de la contenance du thérapeute, c'est-à-dire une prise de conscience de sa propre réaction de contre-transfert ou de contre-résistance tout en maintenant la survie du cadre thérapeutique et le maintien de sa capacité à réfléchir (Bion, 1962; Lehmann, 2013; Roussillon 2009). En somme, pour le patient et le thérapeute, le besoin de contenance s'éprouve au contact des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif et les failles de cette contenance mèneront souvent à des ruptures d'alliance (Lecomte et al., 2004; Safran & Muran, 2000). De plus, la contenance du thérapeute est également à la source du travail interprétatif (Gabbard, 2010). En effet, pour plusieurs cliniciens, le contre-transfert représente du matériel devant être communiqué au patient au moyen d'une interprétation (Kernberg, 1965). La prochaine section portera sur le travail interprétatif de la résistance et du transfert négatif.

Le travail clinique interprétatif de la résistance et du transfert négatif

L'interprétation est l'instrument principal du thérapeute d'orientation psychodynamique pour amener à la conscience du patient ses conflits psychiques

dominants qui émergent de son discours (Kernberg, 2016). L'illumination des conflits du patient, illustrant entre autres les processus de résistance et de transfert, peut ainsi amener des changements à long terme dans ses dynamiques relationnelles et ainsi, elle est associée à des résultats positifs en psychothérapie (Hoglend et al., 2008; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2003). L'interprétation de la résistance ou du transfert peut varier en spécificité selon le niveau de profondeur du matériel inconscient qu'elle contient en soulignant le mode, l'affect ou le motif des manifestations de résistance ou de la présence du transfert négatif (Cooper, Bond, Audet, Boss, & Csank, 2002; Kernberg, 2016). Ainsi, l'interprétation peut viser la résistance ou le transfert. À ce sujet, Ginsburg résume l'une des règles de base de l'interprétation en disant « *Go with the resistance first* », c'est-à-dire, d'aller avec la résistance en premier lieu (Ginsburg & Ginsburg, 1999). Sur le plan du travail de la résistance, le thérapeute invite le patient à observer sa résistance en explorant avec lui ce qui entrave le processus thérapeutique, par exemple, une difficulté à assumer ses envies, ses fantasmes ou ses désirs (Gabbard, 2010). Quant au travail du transfert, le thérapeute explore les thèmes et les dynamiques qui sont soulevés dans la relation thérapeutique de manière à illustrer ce qui s'y rejoue (Gabbard & Westen, 2003; Hoglend et al., 2008; Kernberg, Diamond, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008). Le travail clinique des processus de résistance et de transfert négatif donne lieu à des différences dans la manière de les aborder en pratique clinique. Certains cliniciens mettent de l'avant l'importance d'amener le patient à s'intéresser à son monde défensif (Gabbard, 2010; Greenson, 1967) alors que d'autres soutiennent qu'il est préférable de respecter la résistance sans l'interpréter (Kohut, 1984) ou d'attendre un état d'accordage avec le

patient avant de la prendre en compte (Langs, 1987). De plus, certains thérapeutes prônent l'interprétation du transfert alors que d'autres recommandent d'interpréter uniquement les processus de transfert qui apparaissent dans les relations extérieures à la thérapie (Gabbard, 2020).

Les sections précédentes visaient à présenter la relation thérapeutique comme un levier central d'intervention en psychothérapie psychodynamique. De manière plus précise, la qualité de l'alliance a été identifiée comme une composante importante de la relation thérapeutique qui contribue au changement. Pendant le suivi en psychothérapie, la qualité de l'alliance thérapeutique subit des variations, notamment en réaction aux manifestations de résistance et à la présence du transfert négatif. Bien que la résistance et le transfert soient des outils thérapeutiques, ces processus représentent également certains défis sur le plan de la régulation du contre-transfert et de la contre-résistance. Cette régulation est à la base du travail interprétatif nécessaire au travail clinique de la résistance et du transfert négatif. La section suivante présente des études empiriques qui ont investigué plus spécifiquement l'impact du travail clinique de la résistance et du transfert négatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

Études empiriques

Avant d'observer l'impact du travail clinique de la résistance et du transfert négatif, il semble important de consulter les écrits scientifiques qui se sont intéressés à l'interaction de la qualité de l'alliance thérapeutique, de la résistance et du transfert. Peu

d'études se sont penchées sur l'interaction de ces trois variables en suivi thérapeutique. De manière générale, les écrits scientifiques font ressortir une relation négative entre la qualité de la relation thérapeutique et la présence de transfert négatif (Gelso et al., 2005; Marmarosh et al., 2009) et un lien positif entre la maturité des défenses utilisées en séance et une appréciation positive du patient de la qualité de l'alliance thérapeutique (Kramer, de Roten, Perry, & Desplands, 2009; Thomas, 1998). De manière plus spécifique, l'étude de Nuetzel et al. (2007) s'est intéressée à l'évolution et à l'interaction de différents aspects de la relation thérapeutique en utilisant un devis de recherche quantitatif à mesure répétée auprès d'un échantillon constitué de 13 patients consultant en psychothérapie psychanalytique en cabinet privé. L'évolution de la relation thérapeutique a été observée et mesurée en utilisant un questionnaire auto-rapporté créé pour l'étude dont l'analyse factorielle révèle quatre composantes : la qualité de l'alliance thérapeutique, le transfert amoureux, le transfert négatif et la résistance. Les analyses statistiques et l'observation des courbes d'évolution des variables permettent de constater une relation inverse entre la qualité de l'alliance thérapeutique et la résistance, où l'augmentation de la qualité de l'alliance thérapeutique en suivi se produit parallèlement à une baisse d'intensité de la résistance. Les chercheurs proposent que, bien que les patients luttent contre le processus thérapeutique tout au long du suivi, ils y demeurent présents et engagés. De plus, l'observation des graphiques de la résistance et du transfert négatif révèle que ces variables suivent le même modèle d'évolution. Bien que l'étude ait observé l'évolution de plusieurs composantes de la relation thérapeutique dans un contexte clinique naturel, elle considère uniquement la perspective du patient et les variables ont été mesurées par un

questionnaire dont la validité n'a pas été investiguée. De plus, il aurait été intéressant que cette étude observe l'influence du travail clinique pour mieux comprendre l'évolution et l'interaction entre les variables lors d'un suivi en psychothérapie psychodynamique.

Quelques études ont considéré l'influence de la fréquence du travail interprétatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique de manière empirique et plusieurs tendances sont ressorties. Concernant l'interprétation des défenses du patient, il semble que les séances de ruptures d'alliance thérapeutique soient associées à un niveau plus faible d'interprétation des défenses que les séances de résolution (Gerostathos, de Roten, Berney, Despland, & Ambresin, 2014). Quant à l'interprétation du transfert, l'étude de Hoglend et al. (2011) relève que cette interprétation est uniquement associée à des changements thérapeutiques chez les groupes de patients présentant une alliance thérapeutique faible. Cette tendance ne se répète pas dans l'étude de Ogrodniczuk, Piper, Joyce et McCallum (1999) qui remarque plutôt une relation négative entre la fréquence d'interprétation du transfert et la qualité de l'alliance lorsque les relations d'objet sont primitives et une relation positive entre ces variables lorsque les relations d'objet sont plus matures. Les chercheurs Petraglia, Bhatia, de Roten, Despland et Drapeau (2015) ont approfondi l'étude de l'impact du travail interprétatif en considérant le niveau de profondeur de l'interprétation sur la qualité de l'alliance. L'échantillon est composé de 36 patients consultant en psychothérapie psychodynamique pendant une période d'au moins six mois. Le Helping Alliance Questionnaire (Luborsky et al., 1996) a été utilisé pour comparer une séance où l'alliance est faible et une séance où l'alliance est élevée. L'écoute

des deux séances a permis la codification des interventions interprétatives à l'aide du Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS) (Cooper et al., 2002). La comparaison des séances révèle que les séances où l'alliance était plus faible étaient associées à moins d'interprétations profondes des défenses du patient. Bien que l'étude se soit davantage intéressée à la formulation de l'interprétation en mesurant son niveau de profondeur, elle présente plusieurs lacunes. La principale faiblesse de l'étude relève du fait que les analyses reposent uniquement sur des corrélations. Ainsi, il est impossible de comprendre la nature du lien entre la profondeur de l'interprétation des défenses et la qualité de l'alliance. De plus, bien que l'alliance soit mesurée de manière continue, l'étude investigate uniquement l'effet du travail interprétatif sur la qualité de l'alliance lors de deux séances plutôt que de considérer l'ensemble des séances du suivi thérapeutique.

Enfin, certaines études ont exploré les variables de manière plus précise en observant l'effet du travail clinique sur la qualité de l'alliance à l'intérieur des séances de psychothérapie. Il en ressort que l'interprétation des processus défensifs serait moins confrontante que l'interprétation du transfert et qu'elle serait ainsi associée à une alliance de travail de meilleure qualité (Banon, Evan-Grenier, & Bond, 2001; Foreman & Marmar; 1985). Selon l'étude de Bond, Banon et Grenier (1998), l'interprétation du transfert est soit suivie d'une détérioration de l'alliance lorsque cette dernière est faible ou le travail thérapeutique est amélioré lorsque la qualité de l'alliance est plus élevée. L'étude de cas de de Roten et Michel (2013) a privilégié l'observation de l'alliance thérapeutique selon la perception de la patiente et de son thérapeute, du transfert et des défenses dans un

contexte naturel de psychothérapie psychodynamique. Les auteurs expliquent ce choix en nommant l'importance de lier la recherche à la réalité clinique pour augmenter la communication entre ces milieux. L'alliance de travail a été mesurée à la fin de chaque séance et les interventions ont été codifiées avec le PIRS (Cooper et al., 2002) pour trois séances : une séance de rupture et deux séances de résolution. Le transfert a été mesuré à partir d'une grille conçue pour l'étude et le niveau de fonctionnement défensif avec le Defense Mechanism Rating Scale (Perry, 1990). La courbe d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique affiche une évolution linéaire ponctuée de phases de rupture et de résolution. L'étude révèle que le thérapeute perçoit des difficultés de collaboration en lien avec la présence de transfert qui s'intensifie. Lors de la séance de rupture, le thérapeute interprète le transfert et il fait de nombreuses interventions exploratoires alors que le niveau défensif de la patiente est élevé. Aux séances de résolution, les interventions sont plus soutenantes. Les auteurs expliquent la séance de rupture d'alliance en proposant un désajustement entre le niveau défensif de la patiente et les interventions du thérapeute qui ne sont pas suffisamment soutenantes. Bien que l'étude ait un plus grand niveau de profondeur sur le plan clinique, il demeure qu'il s'agit d'une étude de cas et que l'analyse de l'effet des interventions est basée seulement sur l'observation de trois séances. De plus, l'étude a observé l'impact de la maturité des défenses utilisées en séance plutôt que d'observer la présence plus précise de résistance. Enfin, la mesure utilisée pour l'observation du transfert n'a pas été validée dans les écrits scientifiques.

Selon la recension des écrits, il semble qu'aucune étude n'ait investigué en contexte naturel de psychothérapie psychodynamique l'impact du travail clinique de la résistance et du transfert négatif ainsi que l'effet de ces variables sur la qualité de l'alliance thérapeutique. De plus, la plupart des études présentées ont privilégié un angle quantitatif pour comprendre l'impact du travail interprétatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique au détriment d'une compréhension plus précise et nuancée. Également, peu d'études ont mesuré les variables de manière continue pour ériger un portrait de leur évolution pendant le suivi thérapeutique. Enfin, comme il a été présenté que le travail interprétatif de la résistance et du transfert négatif obtient des effets mitigés quant à la qualité de l'alliance thérapeutique, il importe de réaliser une étude permettant de mieux comprendre les détails et les nuances qui relèvent de l'interaction entre ces variables.

Objectifs de recherche

Le présent mémoire doctoral s'intéresse à trois objectifs généraux. D'abord, le premier objectif général de l'étude est d'observer et décrire l'évolution des variables au fil de séances de psychothérapie d'orientation psychodynamique : 1) l'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique telle que perçue par le patient et la thérapeute, 2) l'évolution des manifestations de résistance et 3) l'évolution de la présence de transfert négatif. Le deuxième objectif général de l'étude est d'observer et décrire l'interaction entre les variables : 1) l'interaction des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique telle que perçue par le patient et la thérapeute ainsi que 2) l'interaction entre les manifestations de transfert négatif et les

manifestations de résistance. Enfin, le troisième objectif principal de l'étude est d'observer et décrire les interventions interprétatives faisant partie du travail clinique de la résistance et du transfert négatif ainsi que l'impact de ce travail sur les variables : 1) l'impact sur la qualité de l'alliance thérapeutique, 2) l'impact sur l'intensité des manifestations de résistance et 3) l'impact sur la présence de transfert négatif.

Cette section, présentant le contexte théorique de l'étude, a permis de situer les variables étudiées pour ce mémoire doctoral. La section suivante présente la méthodologie de l'étude et elle sera composée des sous-sections suivantes : devis de l'étude, description de la thérapeute, recrutement, échantillon, instruments de mesure, collecte des données, analyse des données et considérations éthiques.

Méthode

Devis de l'étude

Le modèle de l'étude de cas multiples a été choisi afin de répondre aux objectifs de la recherche qui impliquent l'observation de phénomènes complexes dans leur contexte naturel (Baxter & Jack, 2008; Stiles, 2013). Afin de recréer un contexte naturel de psychothérapie correspondant aux services généraux actuels, la longueur des suivis a été établie à 15 rencontres. De plus, l'approche méthodologique de l'étude privilégie l'utilisation de plus d'un cas afin de généraliser les similitudes entre les données et de relever les différences observées parmi celles-ci (Barlatier, 2018). Cette étude de cas multiples adopte un devis de recherche mixte comprenant un volet qualitatif pour répondre à la nature exploratoire de l'étude (Mertens, 2005) ainsi qu'un volet quantitatif descriptif pour approfondir certaines observations quantifiables. La recherche-action, un paradigme qui implique la subjectivité du chercheur en associant la réflexion théorique et la pratique, permet dans cette étude que l'expérience de la thérapeute alimente les questionnements de la chercheuse et que ceux-ci confrontent la thérapeute dans ses certitudes (Roy & Prévost, 2013 ; Saint-Martin, Pilotti, & Silvia, 2014). Afin de réduire les biais liés à la position de double rôle de la thérapeute-chercheuse, cette dernière a utilisé la stratégie d'oscillation de ses rôles en établissant un horaire lui permettant d'être dans chacun de ses rôles en alternance : le rôle de thérapeute en séance et le rôle de chercheuse lors des périodes de complétion des instruments (de Lavergne, 2007). Dans ce mémoire doctoral, la thérapeute-chercheuse sera désignée de thérapeute ou de chercheuse selon la fonction qu'elle porte.

Description de la thérapeute

Au moment de la collecte des données, la thérapeute pratiquait en clinique privée depuis trois ans en tant que doctorante en psychologie, enregistrée à l'OPQ. La thérapeute a été formée dans une orientation psychodynamique et elle a acquis de l'expérience auprès d'une clientèle adulte présentant des problématiques variées. La thérapeute était supervisée par une psychologue d'orientation psychodynamique accréditée par l'OPQ.

Recrutement

Les participants de l'étude ont été recrutés par l'entremise de la clinique de psychologie où travaille la thérapeute en utilisant deux stratégies : une annonce sur le compte Facebook de la clinique (voir Appendice A) et le référencement à l'étude par la coordonnatrice de la clinique, qui transmettait à la chercheuse les coordonnées des personnes désirant consulter en psychothérapie qui étaient sur la liste d'attente de la clinique. Ensuite, la chercheuse a réalisé des entrevues téléphoniques de quinze minutes (voir Appendice B) pour transmettre de l'information au sujet de l'étude et de la psychothérapie offerte ainsi que vérifier la correspondance des participants aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Les critères d'inclusion étaient d'être disposés à entreprendre une psychothérapie hebdomadaire de 15 semaines, d'avoir une bonne capacité d'introspection, de présenter des relations d'objets matures et de pouvoir bien communiquer en français. Quant aux critères d'exclusion, la présence de ces conditions ne permettait pas de participer à l'étude : présenter des indices de fragilité psychologique, un trouble psychotique, une dépendance à une substance, de la démence, un trouble

bipolaire, des comportements suicidaires récurrents ou un autre trouble psychologique jugé sévère. Parmi les 22 personnes contactées par téléphone, neuf participants potentiels ont été rencontrés en personne pour une entrevue de sélection semi-structurée.

Entrevue de sélection

L'entrevue de sélection (voir Appendice C) était d'une durée de deux heures et elle avait pour visée l'exploration du motif de la consultation et la vérification plus précise des critères d'inclusion et d'exclusion par l'entremise de certaines questions du Structured Interview of Personality Organization (Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg, 2007) sans en faire la cotation systématique.

Échantillon

Trois participants ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Ce nombre de participants a semblé adéquat pour la méthodologie de l'étude de cas multiples inspirée de l'étude de cas expérimentale où l'observation répétée d'un phénomène confère de la valeur aux données recueillies (Nock, Michel, & Photos; 2007). Pour préserver la confidentialité des participants, leurs données sociodémographiques sont présentées de façon regroupée et le genre masculin est utilisé pour se référer à chacun d'entre eux. Les participants ont entre 20 et 40 ans et ils comprennent un homme et deux femmes, ce qui semble représentatif du ratio de consultation en psychothérapie par genre au Québec (Statistiques Canada, 2016). Ils ont accompli des études de niveau collégial ou universitaire. Ils ont tous déjà consulté en psychothérapie et leur motif de consultation

était d'adresser des difficultés quant à l'estime de soi, des symptômes de dépression, d'anxiété ou des difficultés relationnelles. Une description plus détaillée des symptômes de chaque participant n'est pas présentée ici afin de respecter la confidentialité.

Cueillette des données

Pour chacun des trois participants, comme les variables à l'étude étaient mesurées à la fin de chacune des 15 séances de psychothérapie, 15 observations étaient prévues pour un total de 45 observations. En comptant les absences, 40 observations ont pu être accomplies. Les suivis en psychothérapie d'une durée maximale de 15 semaines ont débuté entre trois et huit semaines près les entrevues d'évaluation. Pour chacun des participants à l'étude, la complétion des instruments et l'enregistrement des séances étaient faits à chaque séance (voir Appendice D pour description de la complétion). À la fin de chaque séance, les patients ont complété un questionnaire mesurant la qualité de l'alliance thérapeutique dans la salle d'attente, pour une durée approximative de dix minutes. Pour ce qui est de la thérapeute-chercheuse, elle a complété des questionnaires d'alliance thérapeutique et de transfert négatif en plus de rédiger un journal à la suite de chacune des rencontres de psychothérapie. Après la terminaison des suivis, les séances de psychothérapie ont été écoutées afin de codifier les manifestations de résistance et les interventions interprétatives (voir Appendice E pour méthode de codification). Un processus de validation inter-juge s'est inséré après 21 séances de codification afin de valider et d'améliorer la méthode de codification de l'échelle de mesure des manifestations de résistance ainsi que de standardiser le protocole de codification.

Instruments de mesure

Revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II)

La version francophone (Le Bloc'h, de Roten, Drapeau, & Despland, 2006) du HAq-II (Luborsky et al., 1996) a été utilisée afin de mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique (voir Appendice F). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté fréquemment utilisé qui comprend deux versions de 19 questions à échelle de type Likert de 6 niveaux pour le patient et pour le thérapeute. L'analyse factorielle de l'instrument suggère la présence de deux dimensions : la qualité du lien avec le thérapeute et le degré d'entente sur les objectifs et le travail à accomplir en thérapie (Conn, Medrano, & Moretti, 2013). La cohérence interne a été évaluée comme étant excellente (alphas de Cronbach entre 0,90 et 0,93) (Luborsky et al., 1996).

Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ)

La version francophone (Laverdière et Descôteaux, 2015) du PRQ (Bradley et al., 2005) a été utilisée afin de mesurer l'intensité des manifestations de transfert négatif et la qualité de l'alliance thérapeutique selon la perception de la thérapeute (voir Appendice G). La dimension de la qualité de l'alliance thérapeutique de l'instrument sert de deuxième source permettant de valider les données observées avec le HAq-II. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté de 90 questions à échelle de type Likert à 5 niveaux qui permet d'observer différentes dynamiques relationnelles se transposant dans la relation thérapeutique. Selon l'analyse factorielle de Tanzilli et al. (2018), l'instrument évalue six

dimensions de la relation thérapeutique: l'alliance thérapeutique positive, le transfert hostile/agressif, le transfert grandiose/arrogant, le transfert anxieux/préoccupé, le transfert évitant/rejetant et le transfert érotique/sexualisé. Les alphas de Cronbach sont évalués comme étant excellents et ils varient entre 0,80 et 0,91. Comme le contexte court de la psychothérapie ne semblait pas permettre le déploiement du transfert érotique/sexualisé tel qu'illustré par les items liés à ce facteur, cette dimension du PRQ n'a pas été utilisée et les cinq autres dimensions de l'outil ont été retenues pour la réalisation de l'étude.

Échelle d'amplitude des manifestations de résistance (ÉAMR)

Une version bonifiée du CRS de Mahalik (1994) a été utilisée pour évaluer l'intensité des manifestations de résistance (voir Appendice H). La méthode de codification de l'outil original a été simplifiée et les critères liés au niveau d'intensité ont été spécifiés. Cette échelle comprend cinq types de résistance pouvant être codifiés à l'aide d'une échelle de type Likert à sept niveaux qui décrivent l'opposition aux affects douloureux (OAD), au rappel de matériel (ORM), au thérapeute (OT), au changement (OC) et à l'insight (OI). L'étude de Mahalik (1994) décrit une bonne fiabilité inter-juges dont les alphas varient entre 0,83 et 0,96. Cette échelle a été traduite selon la méthode de la double traduction (traduction par la chercheuse de l'anglais vers le français, puis du français vers l'anglais par une assistante de recherche) afin de s'assurer de la justesse de la traduction initiale en modifiant les passages dont le sens diffère lorsque les deux versions anglophones sont comparées entre elles (Tyupa, 2011).

Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS)

Une portion de l'échelle PIRS (Cooper et al., 2002) a été utilisée et ajustée aux besoins de l'étude pour enregistrer les interventions interprétatives de la thérapeute (voir Appendice I). Ainsi, les sections interprétations des défenses et interprétations du transfert ont été précisées en les qualifiant d'interprétations de la résistance ou d'interprétations du transfert négatif. Une étude de Milbrath et al. (1999) rapporte des coefficients de fiabilité inter-juges de 0,83 à 0,99 pour l'ensemble des catégories de l'échelle. L'échelle a été traduite selon la méthode de la double traduction décrite précédemment.

Journal de la thérapeute

Le journal de la thérapeute (voir Appendice J) est un instrument qualitatif de collecte de données comprenant dix questions qui ont été élaborées par la chercheuse à partir des objectifs de recherche et de la recension des écrits scientifiques. Ce canevas a été soumis pour validation à la directrice de recherche, puis à un expert, un psychologue d'orientation psychodynamique ayant plus de 30 ans d'expérience, afin d'en bonifier le contenu, et leurs commentaires ont été intégrés au questionnaire final. Dans cette étude, le journal de bord permet la triangulation des données en établissant des relations entre les données colligées, tout en offrant une description plus riche des processus à l'étude (Baribeau, 2005).

Analyse des données

Démarche de validation de la fiabilité inter-juges

Le calcul d'un accord inter-juges a été réalisé après la 21^e séance afin de s'assurer de la validité et de la fiabilité du processus de codification de l'intensité des manifestations de résistance lors de séances de psychothérapie. Pour se faire, un guide explicitant les étapes de codification de l'ÉAMR (voir Appendice K) a été transmis à une assistante de recherche, une doctorante en psychologie clinique d'orientation psychodynamique. L'assistante de recherche a été initiée à l'utilisation de l'ÉAMR lors d'une formation d'une durée de dix heures pour présenter l'outil et se pratiquer à codifier des extraits d'entrevue en recevant une rétroaction. Pour le calcul de la validité inter-juges, l'assistante de recherche a écouté trois séances de psychothérapie, soit une séance par participant. Pour chacune des séances, trois segments de dix minutes ont été codifiés à l'aide de l'ÉAMR. La chercheuse a réalisé la codification de ces neuf segments une fois la codification de l'assistante de recherche terminée. Le calcul de l'accord s'est fait au moyen du logiciel SPSS en utilisant le coefficient de Krippendorff et ce dernier s'est révélé comme étant satisfaisant avec un taux de 0,77 (voir Appendice L). L'ÉAMR a été bonifié par le processus inter-juges, notamment en précisant les critères associés à l'intensité de chaque type de manifestation de résistance.

Données quantitatives descriptives

Les données provenant du HAQ-II, du PRQ et de l'ÉAMR ont été compilées à l'aide du logiciel Excel afin de calculer les résultats moyens par séance. Pour les trois instruments, les résultats moyens obtenus aux échelles de type Likert ont été utilisés plutôt que les résultats globaux en vue d'unifier l'observation des données.

Données qualitatives

Les données provenant du journal de la thérapeute ont été analysées en s'inspirant du modèle de la théorisation ancrée de Glaser et Strauss (1967) adapté par Blais et Martineau (2006) et de la technique d'analyse de « mémoing ». La rédaction de mémos a été choisie afin de faire émerger du journal des données descriptives et interprétatives pouvant aisément être intégrées aux autres résultats quantitatifs de l'étude (Baribeau, 2005; Charmaz, 2005). Une première étape consistait à se familiariser avec le contenu du journal en le lisant à quelques reprises. Ensuite, le journal a été analysé en notant des mémos lorsqu'une réflexion semblait pertinente quant aux objectifs de recherche.

Mise en commun des données

Les moments saillants. Les observations provenant des données quantitatives et des données qualitatives ont été intégrées afin de permettre leur interaction et de promouvoir leur complémentarité (Gelo, Braakmann, & Benetka, 2008). Cette intégration s'est accomplie en identifiant des moments saillants dans les suivis de psychothérapie, c'est-à-dire des séances où l'observation visuelle des graphiques illustrant l'évolution des variables permet de constater une variation importante sur une ou plusieurs courbes. À la suite de l'identification de plusieurs moments saillants par participant, les mémos associés à ces séances, qui possédaient une valeur révélatrice quant à l'évolution des variables, ont été sélectionnés. De plus, pour illustrer les interventions interprétatives liées au travail clinique de la résistance et du transfert négatif, des extraits d'interventions ont été recueillis à l'aide de la grille d'enregistrement des interventions inspirée du PIRS en se

référant aux moments saillants (voir Appendice M). Les extraits des interventions sont présentés dans la section de la discussion.

Liaison des mémos au moyen des métas mémos. Afin de décrire les constatations issues des mémos et amorcer un travail d'analyse pouvant répondre aux objectifs de recherche (Birks, Chapman, & Francis, 2008), les thématiques préexistantes des mémos ont été regroupées de manière déductive en créant des métas mémos (voir Appendice N). Les métas mémos ont été créés à partir de plusieurs mémos liés aux moments saillants en s'inspirant de la méthodologie de l'étude de Patel et al. (2016).

Considérations éthiques

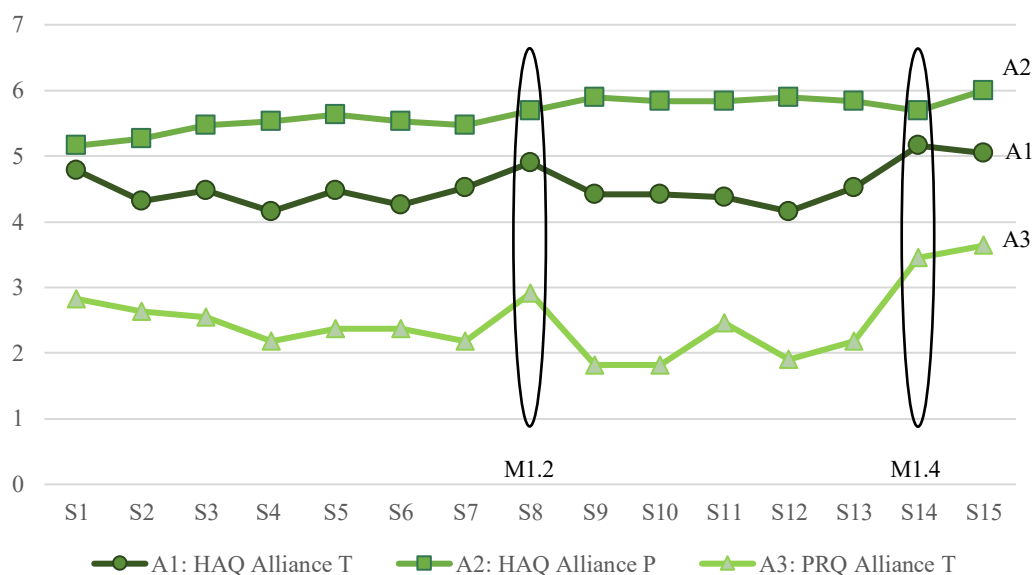
Le projet de la présente étude avait été soumis et approuvé au préalable par le Comité d'éthique de la recherche des Lettres et des sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (voir Appendice O). Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu au début de la première rencontre d'évaluation en leur faisant signer un formulaire de consentement (voir Appendice P). Afin de diminuer le malaise potentiel des participants lié au double rôle de la thérapeute-chercheuse, il leur a été mentionné que cette dernière n'aurait pas accès à leurs questionnaires d'alliance thérapeutique complétés et qu'un assistant de recherche aurait la responsabilité de les compiler. Les assistants de recherche ayant participé à la validation inter-juges et à la compilation des données ont signé un formulaire de consentement au respect de la confidentialité des données (voir Appendice Q).

Résultats

La section suivante présente et décrit les résultats de l'étude. Pour chaque participant, les résultats quantitatifs et les résultats qualitatifs sont présentés par variable en suivant cet ordre : 1) Qualité de l'alliance thérapeutique, 2) Intensité des manifestations de résistance et 3) Présence de transfert négatif. D'abord, des figures illustrent les courbes d'évolution des variables en identifiant des moments saillants dans les suivis thérapeutiques des patients, c'est-à-dire des moments où l'observation visuelle des graphiques permet de constater des variations importantes. L'axe des abscisses représente les 15 séances de psychothérapie et l'axe des ordonnées rapporte les moyennes obtenues aux items des questionnaires par dimensions (voir Appendice R). Ainsi, l'inspection visuelle des graphiques permet d'observer l'évolution des variables (Nock et al., 2007) et des observations sont proposées sous chaque graphique. À la suite de chaque figure, des tableaux présentent des mémos et des interventions interprétatives liés aux moments saillants identifiés dans les graphiques au moyen d'une ellipse. Enfin, pour chaque participant, les moments saillants sont décrits en ordre chronologique afin de faciliter la mise en commun des données quantitatives et des données qualitatives. Finalement, un dernier tableau est présenté à la fin de la section des résultats pour présenter les mémos construits à partir de la liste complète des mémos issus des moments saillants (Voir Appendice N). Ce tableau permet de faciliter l'intégration des données des trois suivis thérapeutiques et il sert de transition vers la section de la discussion des résultats.

Résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus pour le participant 1

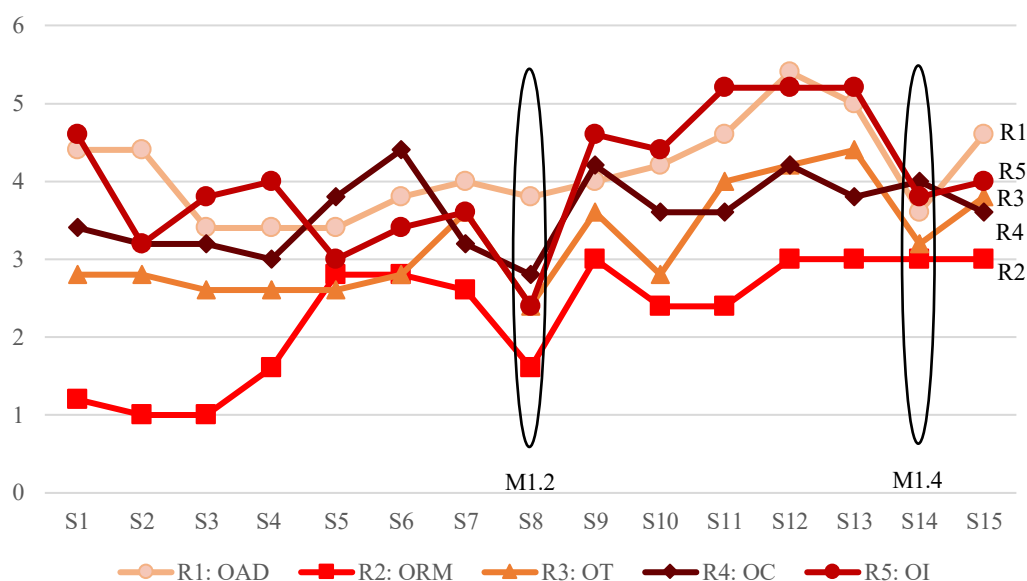
En lien avec les résultats quantitatifs du participant 1, la figure 1.1 présente les courbes d'évolution de la qualité de l'alliance, la figure 1.2 présente les courbes d'évolution de l'intensité des manifestations de résistance et la figure 1.3 présente les courbes d'évolution de la présence de transfert négatif. Ensuite, concernant les résultats qualitatifs du participant 1, à la suite des figures 1.2 et 1.3, les tableaux 1.1 et 1.2 présentent les mémos et les interventions interprétatives associés aux moments saillants identifiés dans les graphiques des variables.



Observations :

- Selon la perception du patient, la qualité de l'alliance thérapeutique (A2) s'améliore légèrement tout au long du suivi et elle est plutôt stable.
- Les moyennes de la qualité d'alliance thérapeutique pour le patient sont toujours supérieures à 5.
- La perception du patient de la qualité de l'alliance thérapeutique (A2) est plus positive que celle de la thérapeute (A1). Par moment, leur perception est contradictoire : le patient constate une hausse alors que la thérapeute constate une diminution de la qualité d'alliance thérapeutique (S2, S4, S9, S12).
- Selon la perception de la thérapeute, les résultats provenant du HAQ (A1) et du PRQ (A3) évoluent en parallèle.
- Par moment, la thérapeute (A1) et le patient (A2) perçoivent tous deux que la qualité de l'alliance thérapeutique augmente par rapport à la séance précédente (S3, S5, S8) ou qu'elle demeure plutôt stable (S10, S11).

Figure 1.1. Observations des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique et identification des moments saillants pour le patient 1.



Observations :

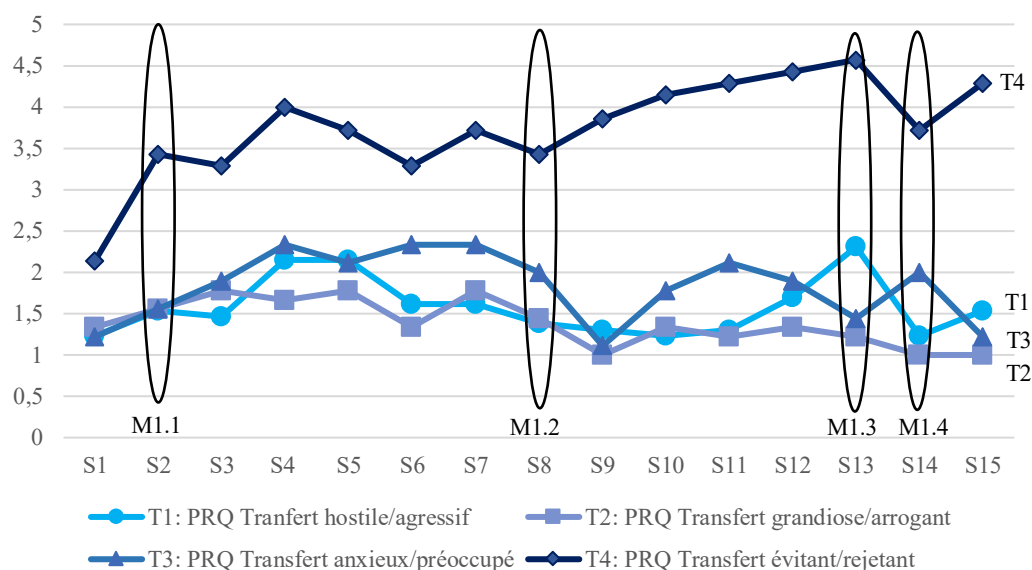
- Selon la thérapeute, les manifestations de résistance évoluent selon un mouvement d'oscillation.
- Selon la thérapeute, certaines séances sont associées à une augmentation de l'intensité des manifestations de résistance (S6, S9, S11, S12, S15) et d'autres sont associées à une diminution de l'intensité des manifestations de résistance (S8, S10, S14).
- Selon la thérapeute, une hausse d'intensité des manifestations de résistance est observée vers la fin du suivi thérapeutique (S11, S12, S13, S15).

Figure 1.2. Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de manifestations de résistance et identification des moments saillants pour le patient 1.

Tableau 1.1

Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 1.2 et 1.4

Moment saillant	Mémos et interventions interprétatives
1.2	P1S8Q9 : Un travail de la résistance à l'affect douloureux a été accompli. Le patient a réagi à cette intervention en se mettant davantage en posture réflexive et en faisant quelques associations l'amenant à aborder un contenu significatif. <i>Interprétation du mode et de l'affect de la résistance (11.2)</i>
1.4	P1S14Q3 : Il a été possible d'explorer le vécu du patient en lien avec la fin du suivi en tolérant la présence de résistances : le patient aborde la fin au travers d'expériences passées de fin de relations. Les résistances reprennent en intensité lorsque la relation thérapeutique est abordée directement.



Observations :

- Selon la thérapeute, la présence de transfert négatif de type évitant/rejetant (T4) prédomine chez le patient et il y a présence de pics de croissance à certains moments du suivi (S2, S4, S7, S13, S15).
- Selon la thérapeute, la présence de transfert négatif de type anxieux/préoccupé (T3) évolue en parallèle avec le transfert négatif de type évitant/rejetant (T4).
- Selon la thérapeute, alors que la présence de transfert négatif de type évitant/rejetant est en baisse (T4), il y a une hausse de transfert anxieux/préoccupé (S3, S6, S14).
- À la suite de la séance 8, la thérapeute perçoit que la présence de transfert négatif de type évitant/rejetant augmente entre la séance 9 et la séance 13.
- Lors de la séance 13, la thérapeute perçoit que la présence de transfert évitant/rejetant (T4) et que la présence de transfert hostile/agressif (T1) sont en hausse.

Figure 1.3 Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de transfert négatif et identification des moments saillants pour le patient 1.

Tableau 1.2

Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 1.1 et 1.3

Moment saillant	Mémos et interventions interprétatives
1.1	P1S2Q10 : Le patient déploie une dynamique transférentielle de contre-dépendance. Les résistances semblent être orchestrées en fonction de cette dynamique. <i>Intervention interprétative : travail précurseur du transfert (11.1)</i>
1.3	P1S13Q1 : La dynamique transférentielle du patient le place dans une position d'opposition passive. Cette dynamique semble engendrer deux réponses contre-transférentielles négatives qui nuisent à la collaboration : une réponse complémentaire de prise en charge ou une réponse concordante de passivité impuissante.

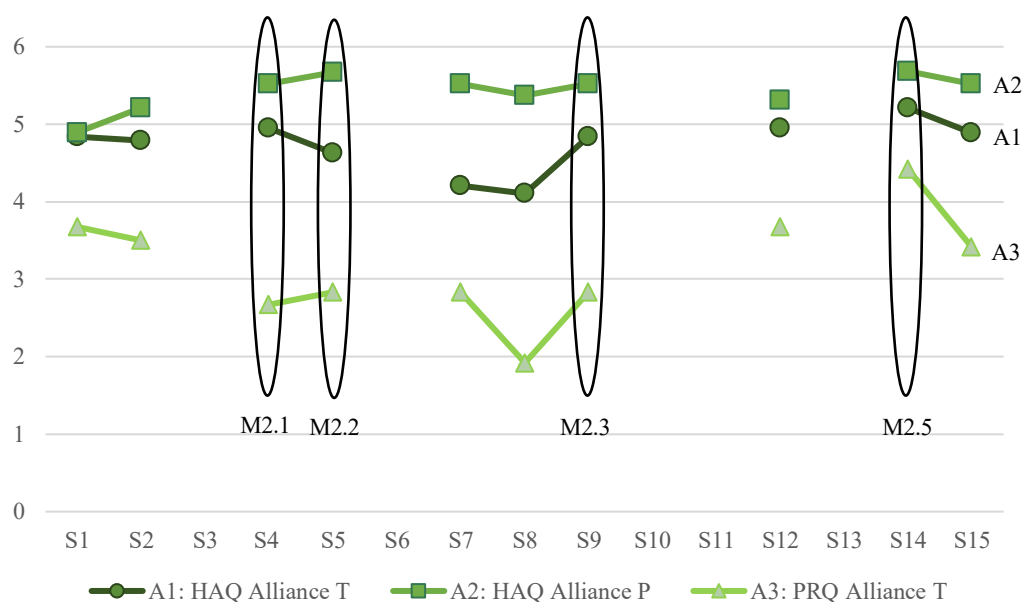
Descriptions des moments saillants du suivi thérapeutique du participant 1

Quatre moments saillants ont été sélectionnés dans le suivi du participant 1. D’abord, lors de la séance 2 (M1.1), une augmentation de T4 est observée à la figure 1.2 et le mémo P1S2Q10 décrit que les manifestations de résistances se déploient selon une dynamique de contre-dépendance. À la séance 8 (M1.2), la courbe T4 et les courbes de manifestations de résistance R1, R2, R3, R4 et R5 déclinent. D’ailleurs, le mémo P1S8Q9 suggère que le travail de la résistance a permis l’accès à un contenu significatif et une hausse d’alliance aux courbes A1, A2 et A3 est observée à la figure 1.1. À la suite de cette séance, la thérapeute et le patient ont une vision divergente de l’alliance : A2 est en hausse, A1 et A3 sont en baisse alors que les courbes R1, R2, R3, R4 et R5 s’élèvent et T4 augmente en intensité de la séance 9 à la séance 13. Lors de la séance 13 (M1.3), T1 s’amplifie également et le mémo P1S13Q1 suggère une dynamique transférentielle d’opposition passive et une réponse contre-transférentielle nuisant à la collaboration. Lors de la séance 14 (M1.4), T1 et T4 diminuent, R1, R3 et R5 décroissent et A1 s’améliore. Le mémo P1S14Q3 illustre qu’il a été possible d’explorer la fin du suivi.

Résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus pour le participant 2

En lien avec les résultats quantitatifs du participant 2, la figure 2.1 présente les courbes d’évolution de la qualité de l’alliance, la figure 2.2 présente les courbes d’évolution de l’intensité des manifestations de résistance et la figure 2.3 présente les courbes d’évolution de la présence de transfert négatif. Dans les graphiques des figures du participant 2, il est à remarquer que certains points des courbes n’ont pas été reliés

entre eux afin d'illustrer visuellement les absences du participant. Ensuite, concernant les résultats qualitatifs du participant 2, à la suite des figures 2.1, 2.2 et 2.3, les tableaux 2.1, 2.2 et 2.3 présentent les mémos et les interventions interprétatives associés aux moments saillants identifiés dans les graphiques des variables.



Observations :

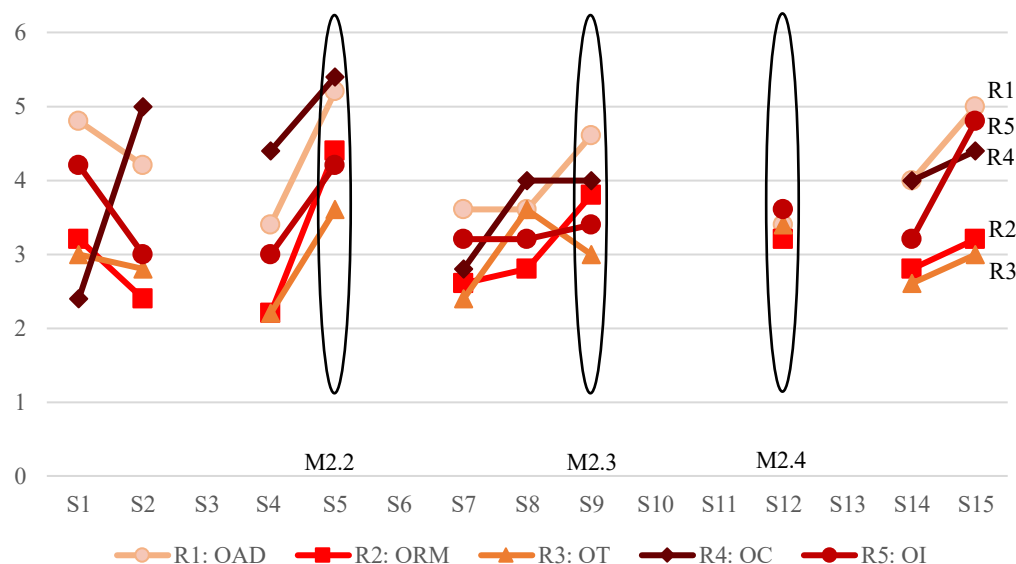
- Selon la perception du patient, la qualité de l'alliance thérapeutique (A2) évolue en s'améliorant au début du processus et elle est plutôt stable par la suite malgré quelques variations.
- Les moyennes de la qualité d'alliance thérapeutique sont souvent supérieures à 5 pour le patient.
- La perception du patient de la qualité de l'alliance thérapeutique (A2) est plus positive que celle de la thérapeute (A1). Par moment, leur perception est contradictoire : le patient constate une hausse alors que la thérapeute constate une diminution de la qualité d'alliance thérapeutique (S2, S5, S12).
- Selon la perception de la thérapeute, les résultats provenant du HAQ (A1) et du PRQ (A3) évoluent en parallèle.
- Par moment, la thérapeute et le patient perçoivent tous deux que la qualité de l'alliance thérapeutique augmente par rapport à la séance précédente (S4, S9, S14), qu'elle diminue (S7, S15) ou qu'elle demeure plutôt stable (S8, S12).

Figure 2.1. Observations des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique et identification des moments saillants pour le patient 2.

Tableau 2.1

Présentation de mémos et d'interventions associés aux moments saillants 2.1 et 2.5

Moment saillant	Mémos et interventions interprétatives
2.1	P2S4Q3 : Une rupture d'alliance, se manifestant sous la forme de quatre absences consécutives en suivi, a été travaillée en explorant de manière empathique le sens des absences du patient et en traduisant en mots les angoisses soulevées par la thérapie.
2.5	P2S14Q10 : Le travail de la résistance qui a été accompli dans les dernières séances semble avoir eu des effets positifs sur la qualité de l'alliance thérapeutique : les difficultés du patient ont été élaborées dans un effort commun et la relation thérapeutique semble être apaisante pour le patient.



Observations :

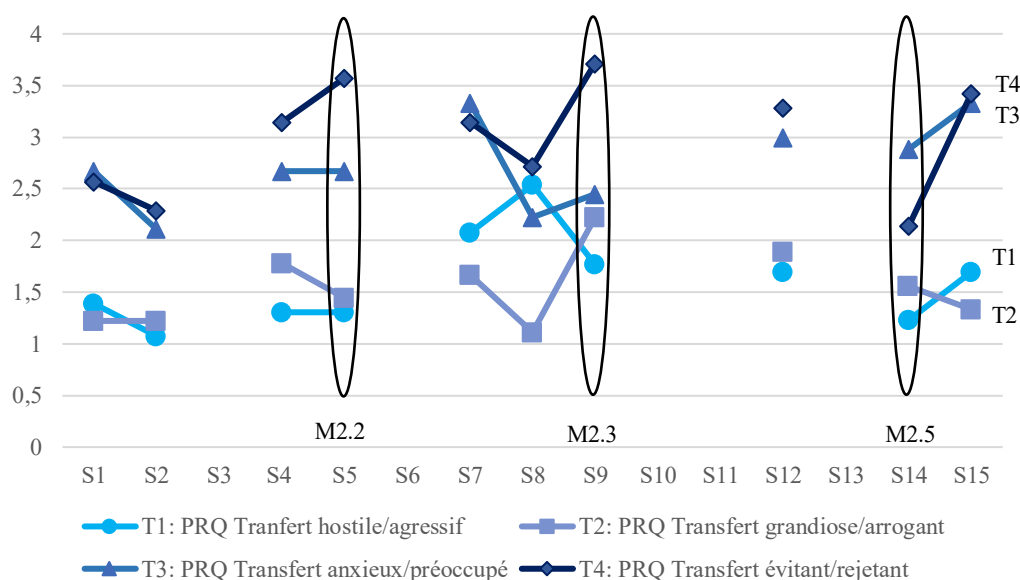
- Selon la thérapeute, les manifestations de résistance évoluent selon un mouvement d'oscillation.
- Selon la thérapeute, certaines séances semblent associées à une augmentation de l'intensité des manifestations de résistance (S5, S9) et à des absences.
- Selon la thérapeute, les séances suivant les absences semblent associées à une diminution de l'intensité des manifestations de résistance (S7, S12).
- Selon la thérapeute, une hausse d'intensité des manifestations de résistance est observée à la fin du suivi (S15).

Figure 2.2. Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de manifestations de résistance et identification des moments saillants pour le patient 2.

Tableau 2.2

Mémos et interventions interprétatives associés aux moments saillants 2.2 et 2.4

Moments saillants	Mémos et interventions interprétatives
2.2	P2S5Q9 : À la suite d'une intervention visant à explorer le motif de la résistance à l'affect douloureux et au rappel de matériel, le patient est en mesure d'associer sur des souvenirs d'enfance pénibles accompagnés d'affect douloureux. Le patient semble angoissé de s'être permis d'exprimer des affects négatifs. <i>Interprétation du mode, de l'affect et du motif de la résistance (I2.2)</i>
2.4	P2S12Q10 : À la suite d'un travail de la résistance qui a permis le dévoilement d'aspects vulnérables, la qualité de l'alliance semble meilleure. Le lien avec le patient semble plus intime et marqué par la confiance. <i>Interprétation du motif de la résistance (I2.4)</i>



Observations :

- Selon la thérapeute, la présence de transfert de type évitant/rejetant (T4) prédomine chez le patient. Il y a présence de pics de croissance à certains moments du suivi (S5, S9, S12, S15) et certaines de ces séances sont suivies d'absences en suivi (S5, S9, S12).
- Selon la thérapeute, le patient présente des manifestations de transfert négatif de type anxieux/préoccupé (T3) et ces manifestations évoluent en parallèle avec le transfert de type évitant/rejetant (T4).
- Selon la thérapeute, alors que la présence de transfert négatif de type évitant/rejetant est en baisse (T4), une hausse de transfert hostile/agressif est observée (S8) ou de transfert anxieux/préoccupé (S7 et S14).
- Lors de la séance 9, la thérapeute perçoit que la présence de transfert négatif de type grandiose/arrogant (T2) est en hausse et que le transfert négatif de type évitant/rejetant (T4) est à son plus haut niveau d'intensité. Cette séance précède deux absences en psychothérapie.

Figure 2.3. Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de transfert négatif et identification des moments saillants pour le patient 2.

Tableau 2.3

Mémos et interventions interprétatives associés aux moments saillants 2.3

Moments saillants	Mémos et interventions interprétatives
2.3	P2S9Q6 : Le transfert se présente de manière clivée: un transfert idéalisé est observé dans le discours du patient alors que le transfert négatif se manifeste par des absences. En séance, la résistance semble restreindre l'apparition du transfert négatif en maintenant chez le patient de l'angoisse quant à se révéler en thérapie.

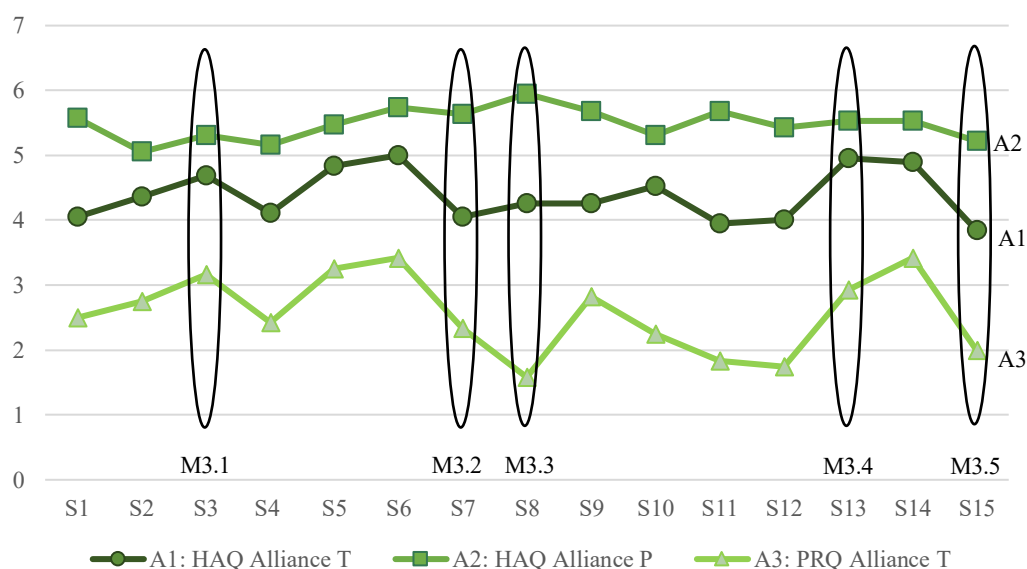
Descriptions des moments saillants du suivi thérapeutique du participant 2

En ce qui concerne les résultats pour le participant 2, cinq moments saillants ont été sélectionnés. À la séance 4 (M2.1), A1 et A2 augmentent suite à une absence de quatre semaines. Selon le mémo P2S4Q3, cette absence semble témoigner d'une rupture d'alliance occasionnée par des séances qui ont suscité de l'angoisse. À la séance 5 (M2.2), A1 et A2 suggèrent que le patient et la thérapeute ont une vision divergente de la qualité de l'alliance : la thérapeute constate une diminution de la qualité de l'alliance alors que T4 et R1, R2, R3, R4 et R5 augmentent. Le mémo P2S5Q9 décrit que le patient a abordé des souvenirs douloureux à la suite du travail clinique de la résistance et ce dernier s'est absenté suite à cette séance. À la séance 9 (M2.3), une hausse des courbes A1, A2 et A3 est observée alors que le mémo P2S9Q6 suggère la présence d'un transfert clivé marqué par de l'idéalisation en séance. T2, T3 et T4 augmentent et R1, R2, R5 sont en hausse. Le patient s'absente lors des deux rencontres suivantes. À la séance 12 (M2.4), le travail de la résistance en lien avec les absences du patient permet le dévoilement d'aspects vulnérables et de rendre l'espace thérapeutique plus intime (P2S12Q10). R1, R2 et R4 sont en baisse. À la séance 14 (M2.5), une hausse de A1, A2 et A3 et une diminution de

T1, T2 et T4 sont observées. Le mémo P2S14Q10 suggère des effets positifs du travail de la résistance sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

Résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus pour le participant 3

D'abord, concernant les résultats quantitatifs du participant 3, la figure 3.1 présente les courbes d'évolution de la qualité de l'alliance, la figure 3.2 présente les courbes d'évolution de l'intensité des manifestations de résistance et la figure 3.3 présente les courbes d'évolution de la présence de transfert négatif. Ensuite, concernant les résultats qualitatifs du participant 3, à la suite des figures 3.1, 3.2 et 3.3, les tableaux 3.1, 3.2 et 3.3 présentent les mémos et les interventions interprétatives associés aux moments saillants identifiés dans les graphiques des variables.



Observations :

- Selon la perception du patient, la qualité de l'alliance thérapeutique (A2) évolue en s'améliorant entre la séance 2 et la séance 8 et elle est plutôt stable malgré quelques variations.
- Les moyennes de la qualité d'alliance thérapeutique perçue par le patient sont toujours supérieures à 5.

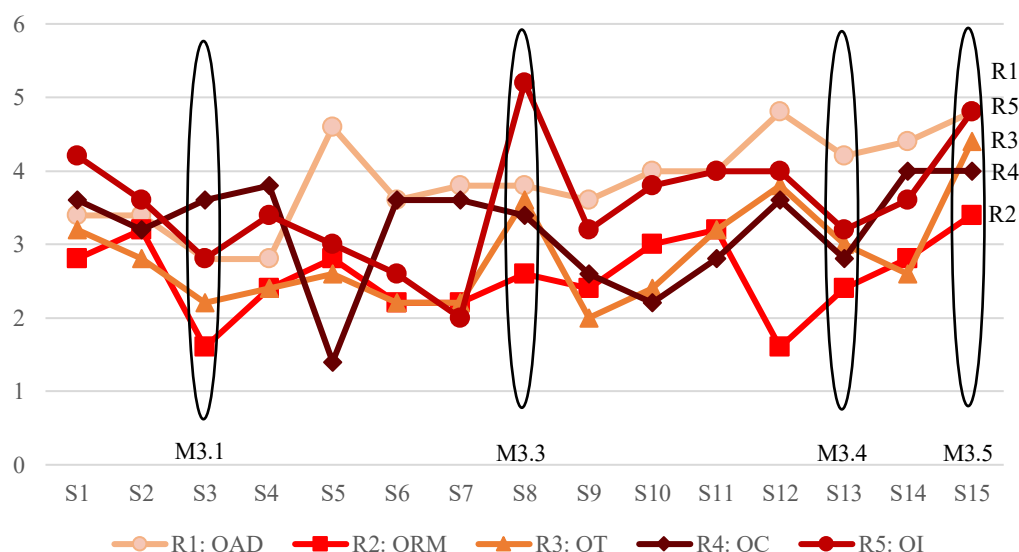
-La perception du patient (A2) de la qualité de l'alliance thérapeutique est plus positive que celle de la thérapeute (A1). Par moment, leurs perceptions sont contradictoires : le patient constate une hausse alors que la thérapeute constate que l'alliance demeure faible ou qu'elle diminue (S8, S11).
 -Selon la perception de la thérapeute, les résultats provenant du HAQ (A1) et du PRQ (A3) évoluent en parallèle.
 -Par moment, la thérapeute (A1) et le patient (A2) perçoivent tous deux que la qualité de l'alliance thérapeutique augmente par rapport à la séance précédente (S3, S5, S6, S8, S13), qu'elle diminue (S4, S7, S15) ou qu'elle demeure plutôt stable (S14).

Figure 3.1. Observations des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique et identification des moments saillants pour le patient 3.

Tableau 3.1

Mémos et interventions interprétatives associés aux moments saillants 3.1 et 3.4

Moment saillant	Mémos et interventions interprétatives
3.1	P3S3Q9 : Une intervention visant à interpréter l'effet de la limite des séances sur le patient en lien avec des dynamiques relationnelles similaires a eu pour effet d'améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique. <i>Interprétation du mode du transfert (I3.1)</i>
3.4	P3S13Q9 : Le travail de la résistance qui a été accompli dans les dernières séances semble permettre au patient des réalisations importantes quant à ses angoisses et ses besoins. Le patient est en mesure d'aborder ses sujets sensibles et de les explorer de manière collaborative.



Observations :

-Selon la thérapeute, les manifestations de résistance évoluent selon un mouvement d'oscillation.
 -Selon la thérapeute, certaines séances sont associées à une augmentation de l'intensité des manifestations de résistance (S8, S12, S15)) et d'autres séances sont associées à une diminution de l'intensité des manifestations de résistance (S3, S9, S13).

-La thérapeute perçoit le niveau d'opposition à l'insight (R5) le plus élevée lors de la séance 8.

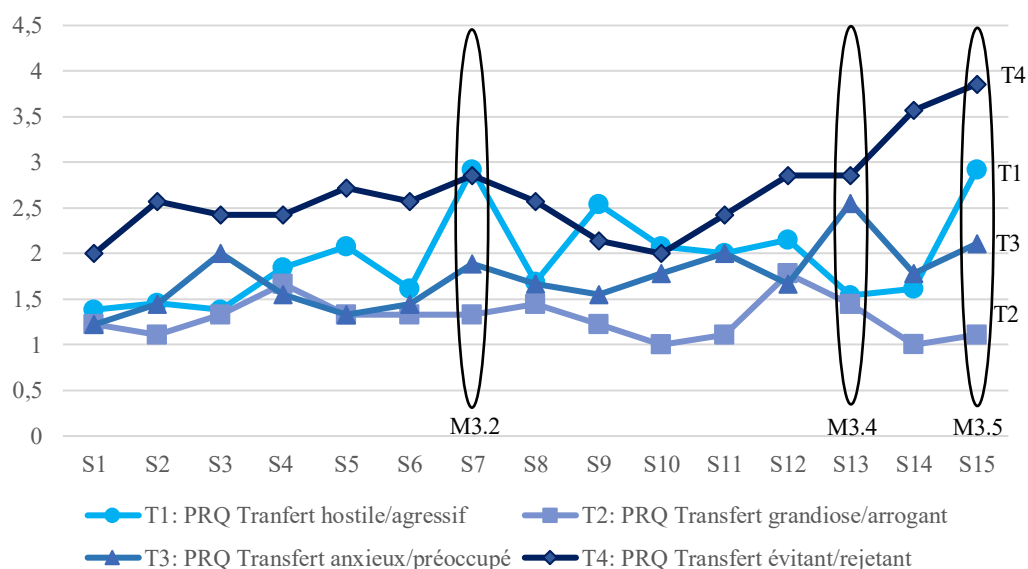
-Selon la thérapeute, une hausse d'intensité des manifestations de résistance est observée à la fin du suivi (S14, S15).

Figure 3.2. Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de manifestations de résistance et identification des moments saillants pour le patient 3.

Tableau 3.2

Mémos et interventions interprétatives associés aux moments saillants 3.3

Moments saillants	Mémos et interventions interprétatives
3.3	P3S8Q4 : Les manifestations de résistance sont élevées en intensité : le patient présente un discours anecdotique qui prête peu à la réflexion ou à l'expression d'affects douloureux et il n'utilise pas les interventions de la thérapeute pour approfondir sa réflexion. Comme l'alliance thérapeutique semble avoir été fragilisée lors de la dernière séance, les résistances apparaissent comme une indication de ne pas intervenir pour protéger la qualité de l'alliance thérapeutique.



Observations :

-Selon la thérapeute, les manifestations de transfert de type évitant/rejetant (T4) prédominent chez le patient et il y a présence de pics de croissance à certains moments du suivi (S7, S14, S15).

-Selon la thérapeute, le patient présente des manifestations de transfert de type hostile/agressif (T1) et il y a présence de pics de croissance à certains moments du suivi (S7, S9, S15).

-Selon la thérapeute, alors que la présence de transfert négatif de type évitant/rejetant est en baisse (T4), une hausse de transfert hostile/agressif (S9) ou de transfert anxieux/préoccupé (S3, S10, S13) est observée.

Figure 3.3. Observations des courbes d'évolution de l'intensité des types de transfert négatif et identification des moments saillants pour le patient 3

Tableau 3.3

Mémos et interventions interprétatives associés aux moments saillants 3.2 et 3.5

Moments saillants	Mémos et interventions interprétatives
3.2	P3S7Q5 : Un travail de la résistance aux affects douloureux a été accompli en reflétant au patient le mode de la résistance - la transformation des affects douloureux - en utilisant l'humour. L'intervention a semblé engendrer des manifestations de transfert négatif chez le patient qui a entendu l'intervention comme une critique.
3.5	P3S15Q8 : La résistance semble au service d'un transfert négatif : l'opposition au thérapeute et l'opposition à l'insight maintiennent une dynamique transférentielle où il est difficile et frustrant de dépendre de l'autre. Ce transfert et son affect d'hostilité affectent la qualité du lien et rendent la collaboration ardue.

Descriptions des moments saillants du suivi thérapeutique du participant 3

Cinq moments saillants ont été sélectionnés dans le suivi thérapeutique du participant 3. Lors de la séance 3 (M3.1), le mémo P3S3Q9 suggère que le travail thérapeutique est associé à la hausse de A1, A2 et A3 et une diminution de R1, R2, R3 et R5 est observée. À la séance 7 (M3.2), T1, T3 et T4 augmentent et A1 et A2 diminuent. Le mémo P3S7Q5 rapporte que le travail de la résistance a semblé contribuer à l'intensification du transfert négatif. À la séance 8 (M3.3), alors que R5 est en hausse, du point de vue de la thérapeute A1 demeure faible et A3 décroît alors que du point de vue du patient A2 s'améliore. Le mémo P3S8Q4 suggère que la résistance semble préserver la qualité de l'alliance du point de vue du patient (A2). À la suite du travail de la résistance des dernières séances qui a eu un effet positif sur la qualité de la collaboration (P3S13Q9), R1, R3, R4 et R5 diminuent, T3 augmente et A1, A2 et A3 s'améliorent (M3.4). Enfin, à la séance 15 (M3.5), A1, A2 et A3 déclinent, T1, T2, T3 et T4 augmentent et R1, R2, R3 et R5 sont en hausse. Le mémo P3S15Q8 suggère que la résistance est au service du transfert négatif et qu'elle a un impact négatif sur la collaboration et la qualité du lien.

Présentation des mémas mémos

Le tableau 4 présente les mémas mémos créés au moyen de la mise en commun des mémos en réponse aux objectifs de recherche. Ces mémos seront discutés dans la section suivante.

Tableau 4

Présentation des mémas mémos

Objectif 1

1. La capacité à collaborer entre la thérapeute et le patient est moins stable que la qualité de leur lien à travers le suivi.
2. Les manifestations de résistance augmentent en intensité en réaction à la fin du suivi en psychothérapie.
3. Un mouvement d'ouverture à l'exploration, donnant accès à des contenus significatifs qui ébranlent le patient dans ses affects et ses réflexions, est suivi d'une fermeture à l'exploration.

Objectif 2

4. Les manifestations de résistance et de transfert négatif altèrent la collaboration entre la thérapeute et le patient et parfois, à intensité plus élevée, elles affectent la qualité du lien également.
5. Les hausses de manifestations de résistance et la présence de transfert négatif semblent associées à diverses tensions dans la qualité de l'alliance thérapeutique telles que des absences, de l'ambivalence quant au suivi thérapeutique ou une attitude de retrait passif.
6. Le respect et l'acceptation des manifestations de résistance semblent permettre la préservation temporaire de la qualité de l'alliance thérapeutique fragilisée.
7. La thérapeute se retrouve parfois dans une posture contre-transférentielle de passivité ou d'irritabilité lorsqu'elle est en contact avec un transfert évitant/rejetant ou avec des manifestations de résistance qui neutralisent ses interventions.
8. Malgré la présence de manifestations de résistance et de transfert négatif, le travail collaboratif demeure possible en séance.
9. Le transfert négatif met le patient en contact avec des affects négatifs, difficile à explorer comme de la colère, de l'hostilité ou la dépendance.
10. Les manifestations de résistance semblent configurées selon une dynamique transférentielle sous-jacente et ainsi, elles semblent contribuer au maintien de la dynamique transférentielle.
11. Les manifestations de résistance à intensité accrue empêchent le déploiement libre du transfert négatif et ainsi, elles maintiennent ce transfert à distance.

Objectif 3

12. L'interprétation de la résistance et du transfert négatif semble bénéfique lorsqu'un frein important est observé quant à l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité.
13. Certaines interventions, formulées sans soutenir l'expérience affective du patient, semblent avoir des effets négatifs sur la qualité de l'alliance, en étant entendues comme des critiques.
14. L'interprétation de la résistance a permis l'accès à un contenu et à des affects significatifs qui étaient activement évités, ce qui a rendu l'espace thérapeutique plus intime.
15. L'interprétation de la résistance permet la dissolution de la résistance et une meilleure alliance tant au niveau du lien que de la collaboration.
16. Le travail clinique de la résistance libère parfois des angoisses que le patient n'est pas prêt à contenir et la qualité de l'alliance thérapeutique en est ensuite affectée.
17. L'interprétation du transfert négatif crée des tensions au sein de l'alliance thérapeutique.
18. L'interprétation visant l'exploration du transfert négatif permet au patient de contacter des affects négatifs envers la thérapeute.
19. L'interprétation du transfert négatif semble solidifier le lien thérapeutique lorsque l'intervention valide l'expérience ou les affects du patient.

Discussion

La section suivante présente la discussion des résultats rapportés à la section précédente de manière à faire émerger des constats et pistes de réflexion à partir des éléments significatifs issus des suivis thérapeutiques des participants de l'étude, en s'appuyant sur la documentation scientifique théorico-clinique. La discussion est divisée en deux parties. La première partie fait un retour sur chacun des trois objectifs principaux de la recherche par l'entremise d'observations et d'hypothèses explicatives quant aux résultats des participants de l'étude et de liens faits avec les écrits scientifiques pertinents. La seconde partie consiste en une description des forces, des limites et des retombées de l'étude ainsi que des pistes d'investigations futures.

Discussion des résultats reliés au premier objectif

La discussion des résultats qui correspondent à l'objectif 1 est présentée en suivant l'ordre des sous-objectifs correspondants. La réflexion s'articule autour des observations faites par la chercheuse au sujet des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique, des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif. Elle repose également sur les résultats provenant des métas mémos.

Premier sous-objectif

Le premier sous-objectif de l'objectif 1 était d'observer et de décrire l'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique telle que perçue par les patients et par la thérapeute au fil des suivis thérapeutiques.

Évolution linéaire de la qualité de l'alliance et variations de la capacité à collaborer. Pour tous les participants, selon les observations des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance évaluée par les patients et par la thérapeute au fil des séances, il ressort que l'alliance évolue en s'améliorant lors des premières séances de psychothérapie et qu'elle demeure, par la suite, plutôt stable et positive jusqu'à la fin du suivi, malgré quelques variations. Ces résultats s'apparentent à ceux obtenus dans certaines études scientifiques qui décrivent un patron linéaire d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique (de Roten et al., 2004; Stiles et al., 2004). De plus, les résultats provenant des méta-mémos suggèrent que la dimension de l'alliance qui a trait à la capacité à collaborer serait moins stable que l'aspect spécifique de la qualité du lien au fil des séances. Cette instabilité de la capacité à collaborer du patient pourrait expliquer les variations observées aux courbes d'évolution de l'alliance et témoigner de la présence de micro-ruptures (Muran & Barber, 2010). À ce sujet, Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham et Stiles (2008) rapportent que les ruptures d'alliance concernent fréquemment un désaccord quant aux tâches et aux buts de la thérapie, un différend qui s'exprime par une altération de la collaboration entre le patient et son thérapeute. Ainsi, l'évolution linéaire de la qualité de l'alliance thérapeutique observée dans les résultats serait représentative du fait que la capacité à collaborer semble varier davantage que la qualité du lien.

Divergences et similitudes des perceptions du patient et de la thérapeute quant à la qualité de l'alliance thérapeutique. Pour tous les participants, l'observation des courbes d'évolution de l'alliance révèle que la qualité de l'alliance thérapeutique est

perçue comme étant plus négative par la thérapeute que par les patients. La perception plus négative de la thérapeute pourrait être attribuable au fait que, dans sa fonction de gardienne du processus, celle-ci pourrait demeurer vigilante à l'efficacité du suivi et ainsi se rendre compte avec plus d'acuité que le patient des moments où le travail est moins collaboratif. Cette hypothèse semble aller dans le même sens que les constatations Tryon, Blackwell, et Hammel (2007) et Horvath et Luborsky (1993) qui observent que les thérapeutes évaluent plus sévèrement la qualité de l'alliance thérapeutique que leurs patients ne le font. Ces auteurs donnent cependant une explication différente à ce phénomène, en le reliant à la possibilité que les thérapeutes soient biaisés dans leur perception de la qualité de l'alliance par l'observation de leur contre-transfert. Les courbes d'évolution de l'alliance permettent aussi de constater qu'à certains moments du suivi, le patient et la thérapeute ont une vision similaire quant aux variations positives et négatives dans la qualité de l'alliance. Cette observation va dans le même sens que les résultats de l'étude de Chen, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Hasson-Ohayon et Refaeli (2018), qui illustrent que les patients et les thérapeutes tendent à identifier conjointement les mêmes moments de ruptures et de résolutions dans l'alliance thérapeutique, ce qui suggère qu'ils peuvent avoir une perception similaire au sujet d'épisodes qui ont un impact important dans la fluctuation de l'alliance. Ainsi, il semble qu'il y ait des divergences et des similitudes dans les perceptions du patient et de la thérapeute quant à l'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique.

Deuxième sous-objectif

Le deuxième sous-objectif de l'objectif 1 était d'observer et de décrire l'évolution des manifestations de résistance au fil du suivi thérapeutique.

Mouvements d'oscillation de la résistance. Pour tous les participants, en se référant aux courbes d'évolution des manifestations de résistance, il est observé que ces dernières évoluent par oscillation au fil des séances. Plus spécifiquement, selon les métas mémos et à certains moments saillants, il semble qu'une séance associée à un mouvement d'ouverture à l'exploration, donnant accès à des contenus significatifs qui ébranlent le patient dans ses affects et ses réflexions, soit souvent suivie d'une séance associée à une fermeture à l'exploration. L'hypothèse pourrait être faite qu'une séance de fermeture à l'exploration permettrait au patient de prendre une distance qui le protégerait de l'intensité des angoisses liées à ces contenus significatifs. Cette hypothèse est en cohérence avec la pensée de l'auteur Curtis (1983) qui décrit que le processus analytique permet l'observation constante d'une oscillation entre l'accès à un contenu significatif et l'apparition de résistance. De plus, selon Freud (1933), les mécanismes de défense déployés pour se protéger des dangers du passé se présentent sous la forme de résistance au rappel de matériel en thérapie, comme si le moi traitait le rétablissement comme un nouveau danger. De plus, certaines phases du suivi semblent bien se prêter à un mouvement de fermeture à l'exploration. Dans la présente étude, en se référant aux courbes d'évolution de la résistance et aux métas mémos, une hausse de la résistance est observée vers la fin des suivis des participants. Cette augmentation de la résistance

pourrait être expliquée par le processus de deuil des patients quant à la fin du processus thérapeutique. En ce sens, selon l'autrice LaFarge (2012), diverses manifestations de résistance se déploient à la fin du processus en lien avec l'angoisse suscitée par le sentiment de perte de la contenance qui était offerte par le thérapeute au patient.

Troisième sous-objectif

Le troisième sous-objectif de l'objectif 1 était d'observer et de décrire l'évolution de la présence de transfert négatif au fil du suivi thérapeutique.

Transfert défensif comme style prédominant de transfert négatif. Pour tous les participants, en se référant aux courbes d'évolution de la présence de transfert négatif, il a été remarqué que le transfert négatif de type évitant/rejetant prédominait. Ainsi, l'hypothèse que les patients présentaient des dynamiques relationnelles similaires où les aspects les plus vulnérables de leur personnalité étaient mis à distance en utilisant des mécanismes d'évitement, de rejet et de contre-dépendance est à envisager. D'ailleurs, il a été observé à partir des courbes d'évolution du transfert négatif qu'une diminution des manifestations de transfert de type évitant/rejetant était parfois associée à l'émergence d'autres types de transfert, tels que le transfert anxieux/préoccupé ou le transfert hostile/agressif. Ces observations rappellent les travaux de Kernberg qui proposent que, dans certains cas, le monde interne du patient est composé de dyades relationnelles opposées qui sont maintenues séparées et intactes à l'aide du mécanisme de défense du clivage (Clarkins et al., 2006). Ainsi, certaines dyades internalisées du patient, considérées

comme plus menaçantes étant donné la charge de leurs affects, seraient moins accessibles à la conscience car elles seraient camouflées sous la présence d'autres dyades ayant une fonction plus défensive (Clarkins et al., 2006). Selon Roussillon (2009), ce clivage des objets internalisés permettrait que « l'amour résiste à la haine » tout en créant à la fois un conflit d'ambivalence chez le patient. D'ailleurs, il semblerait qu'une forme de transfert ambivalent associée à une résistance qui s'articule autour de la crainte de la proximité émotive soit observée à des moments-clés du processus de psychothérapie (Bleuler, 1996; Have-de Labije & Neborsk, 2012). Ainsi, le style prédominant de transfert défensif pourrait être relié à la dynamique relationnelle mise en scène dans la thérapie qui est la plus accessible à la conscience du patient, alors que le patient se défendrait contre de la dépendance ou de l'hostilité envers son thérapeute.

Discussion des résultats reliés au deuxième objectif

Avant d'entreprendre la discussion des résultats visant à répondre au deuxième objectif de l'étude, il semble important de mentionner que l'observation comparée des courbes d'évolution de la qualité de l'alliance thérapeutique, des manifestations de résistance et de présence de transfert négatif permet de constater plusieurs tendances. Par souci de concision, il a été choisi de présenter uniquement les réflexions reliées à quelques résultats qui font état de similitude entre les données issues de l'observation comparée des courbes d'évolution des variables au moyen des moments saillants et des données issues des métas mémos. La discussion des résultats visant à répondre au deuxième objectif sera présentée en suivant l'ordre des sous-objectifs correspondants.

Premier sous-objectif

D'abord, le premier sous-objectif de l'objectif 2 était d'observer et de décrire l'impact des manifestations de résistance et de présence de transfert négatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique tel que perçu par le patient et la thérapeute.

Manifestations de résistance et présence de transfert négatif qui engendre des affects négatifs chez le patient et la thérapeute. Certains méta-mémos suggèrent que la dynamique transférentielle que rejoue le patient est associée à des affects négatifs comme de la colère ou de l'hostilité. Ainsi, il est possible que ces affects influencent négativement la perception du patient quant aux intentions de son thérapeute et à l'aide qu'il reçoit de ce dernier dans le cadre de son suivi. Dans le même ordre d'idées, les auteurs Safran et Kraus (2014) décrivent diverses réactions possibles chez le patient à la suite de la présence de tensions dans l'alliance thérapeutique. Selon ces auteurs, il semblerait que le patient puisse adopter une position de retrait nuisant à la collaboration ou une position de confrontation en exprimant des affects chargés envers le thérapeute. En ce sens, l'auteur Roussillon (2009) décrit que la destructivité du patient peut prendre la forme d'attaques dirigées envers le thérapeute ou envers le processus thérapeutique. Plus précisément, les autrices Papineau et Sasseville-Lahaie (2017) proposent que ces attaques pourraient avoir comme fonction la résurgence du phénomène du détruit-trouvé et que la culpabilité engendrée par ce processus pourrait se matérialiser en résistance au changement qui entrave le processus de symbolisation. De plus, selon les méta-mémos, la thérapeute se retrouve parfois dans une posture contre-transférentielle de passivité ou

d'irritabilité lorsqu'elle est en contact avec un transfert évitant/rejetant ou avec des manifestations de résistance qui neutralisent ses interventions. On peut émettre l'hypothèse que la thérapeute, dont les interventions sont neutralisées et qui ressent de la passivité, se retrouve dans une posture de contre-résistance. En ce sens, l'auteur Lambert (1976) dégage divers types de contre-résistance selon le modèle de Racker, dont la contre-résistance réactive qui se manifeste en réponse à la résistance perpétuelle du patient. Cette contre-résistance serait à la source d'une réaction improductive du thérapeute, qui punirait le patient résistant en le privant de ses interprétations. Ainsi, les manifestations de résistance et la présence de transfert négatif semblent occasionner des défis importants pour l'alliance thérapeutique en faisant vivre des affects négatifs difficiles à contenir pour le patient et le thérapeute.

Manifestations de résistance et présence de transfert négatif représentant des ruptures d'alliance. En se référant aux métagénèses et aux moments saillants, les hausses de manifestations de résistance et la présence de transfert négatif, dont le transfert évitant/rejetant, semblent associées à diverses tensions dans la qualité de l'alliance thérapeutique comme des absences, de l'ambivalence quant au suivi thérapeutique ou une attitude de retrait passif. Dans le même sens, les auteurs Safran et Kraus (2014) remarquent que les ruptures d'alliance peuvent varier en intensité en prenant la forme de tensions mineures menant à une faible collaboration ou à des réactions émotives plus intenses du patient. Il semble que même les tensions plus faibles puissent avoir un impact important sur le processus thérapeutique. Plus spécifiquement, les études de Rennie

(1994) et de Locati, De Carli, Tarasconi, Lang et Parolin (2016) décrivent qu'une attitude de déférence chez le patient peut faire office de fausse alliance et témoigner ainsi de la présence d'une rupture de retrait qui altère le processus thérapeutique malgré la subtilité de la forme de cette rupture d'alliance. Ces auteurs ajoutent que ce type de rupture apparaît souvent en présence d'un transfert négatif et que les défenses du patient s'érigent autour de cette dynamique en créant une attitude d'évitement. Ainsi, les résultats de la présente étude suggèrent que les manifestations de résistance et que la présence de transfert négatif peuvent témoigner d'une rupture d'alliance.

La résistance comme système défensif pouvant restaurer l'alliance. En se référant aux moments saillants et aux courbes d'évolution de l'alliance et de la résistance, il arrive qu'un patient perçoive une amélioration de la qualité de l'alliance alors que la thérapeute perçoit une dégradation de l'alliance en réaction à la hausse des manifestations de résistance. Également, il est observé que les absences qui suivent une hausse des manifestations de résistance semblent mener à des séances où la résistance est plus faible et que l'accès à des contenus significatifs est possible. Selon les mémos, l'acceptation de la présence de résistance semble préserver l'alliance thérapeutique fragilisée et permettre une forme de travail collaboratif. Ces observations amènent à considérer l'hypothèse que le patient puisse bénéficier d'un moment d'arrêt dans le processus difficile de la mise en sens de ses difficultés, où la résistance lui permet de mettre à distance les affects douloureux et les contenus significatifs pouvant le bouleverser. Dans le même ordre d'idées, Messer (2002) conclut que les manifestations de résistance sont nécessaires au processus thérapeutique puisqu'elles agissent comme le

« système immunitaire » du patient qui, sans elles, serait vulnérable et sans protection. Ainsi, Messer propose de percevoir la résistance comme un signal témoignant à la fois de la détresse du patient et des stratégies qu'il met en place pour y survivre. En allant plus loin dans cette idée, le respect des manifestations de résistance par le thérapeute, qui ne chercherait pas à les contrecarrer, pourrait permettre la restauration de l'alliance thérapeutique avant de reprendre le processus de symbolisation avec le patient.

Affaiblissement de l'impact des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif suite à la solidification de l'alliance. Pour tous les participants, en se référant aux courbes d'évolution de l'alliance thérapeutique et aux moments saillants, cette dernière est perçue de manière positive pendant la totalité du processus thérapeutique malgré l'intensité des manifestations de résistance et la présence de transfert négatif. De plus, selon les métas mémos, le travail collaboratif demeure possible par moments en séance malgré des manifestations fluctuantes de résistance à intensité élevée. En ce sens, l'auteur Meissner (2001) décrit qu'une alliance thérapeutique solide sert de véhicule offrant un contexte sécuritaire pour l'émergence du transfert négatif et de ses dérivés. Ainsi, il semble que lorsque la qualité de l'alliance est suffisamment bonne, les manifestations de résistance et la présence de transfert négatif ont un impact moins nocif sur la qualité de la collaboration et du lien thérapeutique.

Deuxième sous-objectif

Le deuxième sous-objectif de l'objectif 2 était d'observer et de décrire l'influence mutuelle entre la présence de transfert négatif et les manifestations de résistance.

Exacerbation mutuelle des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif. Pour tous les participants, en se référant aux courbes d'évolution de manifestations de résistance et de présence du transfert négatif ainsi qu'aux moments saillants, la résistance et le transfert négatif tendent à évoluer de pair et à s'influencer mutuellement. Dans le même sens, l'auteur Wolstein (1987) rapporte que la résistance et le transfert semblent dépendre l'un de l'autre pour soutenir leur dynamique substantielle en utilisant le mécanisme opérationnel de l'autre. De plus, les métas mémos suggèrent que la résistance est configurée en s'appuyant sur une dynamique transférentielle sous-jacente ou qu'elle semble alors avoir pour fonction de maintenir la dynamique transférentielle intacte, en la gardant « à distance », comme pour en décourager la mise en sens. Ainsi, la résistance semble apparaître comme une résistance *de* transfert ou une résistance *au* transfert. Dans le cas de la résistance de transfert, le transfert négatif peut être au service de résistances difficiles à surmonter lorsqu'il se présente chez des patients ayant vécu des atteintes sur le plan narcissique (Porret, 2005). Dans l'optique d'une résistance au transfert, selon les théoriciens de la thérapie focalisée sur le transfert, il est commun pour les patients de résister au déploiement du transfert négatif en début de suivi en employant diverses stratégies défensives (Clarkins et al., 2006). Pour l'autrice Horner (1987), la source principale de résistance étant le transfert, le patient peut se complaire dans une

attitude positive insistante, qui tient lieu de résistance, afin d'éviter d'être en contact avec une angoisse de séparation ou pour se protéger du danger de la recrudescence d'affects agressifs en lien avec un transfert négatif. Dans le même sens, pour Fairbairn (1952), la plus grande source de résistance est la terreur du patient quant à la libération de ses objets négatifs à la conscience. En résumé, les manifestations de résistance et la présence de transfert négatif semblent interreliées de plusieurs façons et ainsi, elles tendent à progresser de manière similaire au fil des séances de psychothérapie.

Discussion des résultats reliés au troisième objectif

La discussion des résultats en lien avec le troisième objectif de la recherche s'appuie sur les données provenant des moments saillants des trois participants de l'étude et des métas mémos construits à partir de cet objectif. Également, dans cette sous-section, étant donné la nature clinique du troisième objectif, des extraits d'interventions interprétatives seront présentés afin d'offrir au lecteur une représentation vivante du travail clinique de la résistance et du transfert négatif. Pour présenter cette section de manière naturelle et éviter la redondance, il a été choisi de présenter les sous-sections de l'objectif en suivant les étapes du travail clinique de la résistance et du transfert négatif et de ne pas dissocier ces phénomènes qui semblent intimement liés l'un à l'autre.

Troisième objectif

Le troisième objectif était d'observer et de décrire les interventions interprétatives qui font partie du travail clinique de la résistance et du transfert négatif ainsi que l'impact

de ce travail sur la qualité de l'alliance thérapeutique et sur l'intensité des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif.

Travail clinique des processus de résistance et de transfert négatif pendant le suivi. Le travail clinique des processus de résistance et de transfert négatif accompli pendant le suivi peut engendrer des retombées négatives ou positives sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Trois exemples tirés du travail clinique qui engendrent des impacts différents sont présentés.

Interprétation hâtive qui est suivie de la libération d'une angoisse difficile à contenir par le patient. Certaines interventions interprétatives visaient à relever le mode et l'affect de la résistance afin de délier l'opposition à l'affect comme dans l'exemple d'intervention (I2.2) présenté ci-dessous :

Je remarque que lorsque vous me parlez de vos insatisfactions, il semble ardu de me décrire ce que vous vivez, comme si quelques choses vous échappaient. Je me demande si c'est une façon inconsciente pour vous de ne pas avoir accès à votre colère, de peur que cette dernière soit débordante...

Cette intervention accomplie tôt en suivi permet de faire remarquer au patient sa résistance en lui suggérant rapidement un affect qui est évité et la fonction de cet évitement. En se référant aux métas mémos et aux moments saillants, cette intervention a semblé permettre rapidement la libération d'affects et de contenus significatifs et par conséquent, le travail thérapeutique en a été approfondi. Toutefois, cette ouverture précipitée a semblé occasionner également une libération d'angoisse difficile à contenir pour le patient et

ainsi, a donné lieu à une recrudescence de résistance menant à une absence à la séance suivante du suivi. Dans le même ordre d'idée, l'auteur Greenson (1967) décrit que le thérapeute se retrouve souvent confronté devant le dilemme de promouvoir le changement thérapeutique ou de protéger le patient du traumatisme d'être exposé trop rapidement à l'intensité de ses angoisses. Afin de maintenir un niveau optimal d'angoisse propice au travail thérapeutique, l'auteur Astor (1994) propose quant à lui de s'intéresser aux forces du moi du patient et d'évaluer avant d'intervenir si l'interprétation est susceptible de générer des angoisses que le patient ne sera pas en mesure de contenir. Selon le clinicien Messer (2002), le travail de la résistance peut être facilité par le développement d'une attitude empathique du thérapeute à l'endroit des angoisses sous-jacentes à la défense par le biais de questionnements intérieurs du thérapeute à propos du motif de la résistance. Ainsi, comme l'interprétation de la résistance est susceptible de libérer des angoisses importantes, il importe de réfléchir au meilleur moment de placer l'intervention et au dosage de cette dernière afin d'évaluer si ce travail semble hâtif par rapport au suivi du patient.

Travail du transfert négatif posant obstacle à l'établissement de l'alliance.

Certaines interventions interprétatives visaient à mettre en lumière la dynamique transférentielle émergente en début de suivi dans l'optique de favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité, tel qu'illustré dans l'exemple présenté ci-dessous (13.1) :

Vous me racontez plusieurs exemples où il est difficile de faire confiance à vos proches. Avez-vous l'impression que votre difficulté à faire

confiance pourrait se manifester entre nous? Vous pourriez sentir que vous vous ouvrez, vous vous livrez à cette psychothérapie, tout en sachant déjà qu'il y aura une fin. Comme si vous devez encore une fois vous adapter à une limite dans le but de pouvoir recevoir.

Cette intervention permet d'amorcer une réflexion quant à la difficulté du patient à faire confiance qui se rejoue dans la relation thérapeutique, tout en validant l'aspect contraignant de la limite de la thérapie. En se référant aux métas mémos, bien que l'interprétation de la résistance et du transfert négatif en début de suivi soit risquée, elle semble bénéfique lorsqu'un frein important est observé quant à l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité. Dans le même sens, selon l'étude de Banon et al. (2001), bien que l'utilisation de l'interprétation du transfert comporte un haut risque pour l'alliance thérapeutique, l'absence d'interprétation peut être davantage dommageable. Pour diminuer les tensions engendrées par l'interprétation du transfert, ces chercheurs cliniciens recommandent de terminer l'intervention par une interprétation qui soutient les défenses du patient en proposant comment la dynamique transférentielle se transpose également dans les relations extérieures à la thérapie. Ainsi, il semble productif d'interpréter la dynamique transférentielle lorsque cette dernière s'oppose à l'établissement de l'alliance thérapeutique en établissant un lien avec les relations extérieures du patient pour ne pas générer trop d'anxiété pour ce dernier.

Interprétation sur le processus qui est suivie du rétablissement de la fluidité de la collaboration. Certaines interventions interprétatives visaient à mettre en lumière le mode de la résistance afin de restaurer la collaboration avec le patient. Voici un exemple de ce type d'intervention (I1.2) :

Si on prend un moment pour observer ce qui se passe ici en séance, je remarque que lorsque vous avez abordé votre enfance, bien qu'il y avait de la frustration, vous sembliez mener un combat pour sortir de l'émotion et aller vers des exemples plus intellectuels, comme si l'émotion était intolérable.

Cette intervention amorce un travail vers le développement d'un moi observateur qui permet au patient de prendre conscience de sa tendance à intellectualiser ses affects et rester en superficie pour fuir les affects douloureux. En se référant aux métabolismes, certaines interventions interprétatives qui permettent la dissolution de la résistance améliorent la collaboration avec le patient et permettent l'accès à des contenus significatifs. Dans le même ordre d'idée, selon le modèle d'intervention de Safran et Muran (2000) pour faire le travail clinique relié aux ruptures d'alliance occasionnées par des résistances qui entravent l'accès à des émotions, il est proposé de s'allier à la résistance en nommant l'évitement défensif du patient tout en validant le côté adaptatif de la défense. Il semblerait que cette technique permette souvent l'accès aux affects ou aux contenus qui sont évités (Safran & Muran, 2000). Ainsi, dans ces cas, l'interprétation du mode de la résistance semble associée au rétablissement de la fluidité de la collaboration avec le patient.

Travail clinique des ruptures d'alliance occasionnées par les processus de résistance et de transfert négatif pendant le suivi. Certaines interventions interprétatives visant à réparer les ruptures d'alliance semblent occasionner davantage de tensions alors que d'autres semblent permettre la réparation de ces ruptures. Trois exemples tirés du travail clinique sont présentés.

Interprétation de la résistance vécue comme une critique qui fait apparaître un transfert négatif. Certaines interventions interprétatives visaient à faire remarquer au patient le mode de sa résistance pour restaurer la collaboration, mais ont plutôt eu l'effet de créer des tensions supplémentaires au plan de l'alliance thérapeutique. En voici un exemple (I3.2.1) :

Je remarque que vous présentez souvent ce qui vous fait souffrir avec humour ou avec le sourire. Comme s'il ne fallait pas que ça devienne trop lourd. Le remarquez-vous aussi?

Cette intervention permet de faire observer au patient la transformation de l'affect douloureux du patient en humour. En se référant aux métas mémos, il est possible que certaines interventions posent problème lorsqu'elles sont formulées sans soutenir l'expérience affective du patient, étant de ce fait entendues comme une critique. En ce sens, de Roten et Michel (2013) proposent de conserver un certain équilibre entre les positions de confrontation et de soutien en s'ajustant aux mouvements défensifs du patient pour éviter les ruptures d'alliance. Ainsi, une interprétation de la résistance dont le ratio confrontation et soutien serait mal équilibré pourrait être plus difficile à accepter pour le patient qui pourrait alors ressentir l'intervention comme une critique.

Interprétation du transfert négatif qui apaise les tensions dans l'alliance thérapeutique. Certaines interventions interprétatives visaient l'approfondissement du mode, de l'affect et du motif du transfert en vue de favoriser l'apaisement des tensions dans l'alliance thérapeutique. Voici un exemple d'une telle intervention (I3.2.2) :

Il semble de plus en plus frustrant pour vous de venir ici... J'ai l'impression que ça vous fait contacter le sentiment de vous sentir sans

ressource et démuni alors que moi, plutôt que de vous dire comment régler vos difficultés, je vous laisse seul dans cette position.

Cette intervention a permis la mise en mots du transfert négatif qui s'installait, tout en validant l'expérience affective du patient. Selon les métabolismes, la validation de l'affect lié au transfert semble permettre la solidification du lien avec le patient, même lorsqu'un transfert négatif est présent à intensité plus élevée. Dans le même ordre d'idée, la capacité du thérapeute à comprendre et tolérer les affects douloureux du patient pendant une rupture d'alliance permettrait au patient d'intégrer que la relation ne soit pas détruite par leur douleur ou par leur agressivité (Safran & Kraus, 2014). Plus spécifiquement, selon l'auteur Roussillon (2009), lorsque le thérapeute est en contact avec la destructivité du patient, il est recommandé d'adopter une posture où le thérapeute se montre atteint tout en survivant à la violence de l'attaque. Ainsi, le thérapeute doit démontrer une attitude créative lui permettant de demeurer constant et bienveillant pendant cette période de tensions dans la qualité de l'alliance thérapeutique. Selon Lecomte et Richard (2003), quand le thérapeute partage sa conscience réflexive de la dynamique qui se passe dans la relation thérapeutique, il invite le patient dans un dialogue émotif qui est soutenant. Ainsi, l'interprétation du transfert semble associée à l'apaisement de tensions dans l'alliance thérapeutique.

Interprétation de la résistance qui a comme effet de rendre le lien thérapeutique plus intime. Certaines interventions interprétatives visaient à mettre en mots le motif de la résistance du patient afin de renforcer le lien. Voici un exemple de ce type d'intervention (I2.4) :

J'ai l'impression qu'il y a une fonction aux absences. Lorsqu'on accomplit quelques séances consécutives, on semble s'approcher de quelque chose d'angoissant. Comme si l'espace thérapeutique vous permettait de contacter des émotions qui vous mettent mal à l'aise et qu'il fallait alors mettre à distance cet espace de réflexion.

Cette intervention a permis d'amorcer une réflexion quant au sens des absences du patient en proposant que la thérapie semble le mettre en contact avec une angoisse pénible. Selon les mémos, l'interprétation de la résistance a permis l'accès à un contenu et à des affects significatifs qui étaient activement évités, une prise de conscience qui a contribué positivement à l'alliance en augmentant la valeur apaisante de l'espace thérapeutique. Dans le même ordre d'idée, selon l'étude de Altimir, Capella, Nunez, Abarzua et Krause (2017), une dimension affective peut émerger dans l'alliance en cours de suivi et cet attribut de la relation permet à la dyade patient-thérapeute de vivre une forme d'intimité relationnelle. Ainsi, en suivant la réflexion que l'interprétation de la résistance semble mener à des moments précieux de la thérapie, l'hypothèse pourrait être émise que ce travail interprétatif contribue à rendre le lien thérapeutique plus fluide et marqué par la confiance.

Cette première section de la discussion a décrit l'évolution et l'interaction des variables et elle a exposé les effets positifs et négatifs du travail clinique interprétatif de la résistance et du transfert négatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique en suivi de psychothérapie psychodynamique. La prochaine section abordera les forces, les limites, les retombées et les pistes d'investigations futures de l'étude.

Forces de l'étude

À notre connaissance, cette étude est novatrice du fait qu'elle est la seule qui ait observé à la fois l'impact du travail interprétatif de la résistance et du transfert négatif ainsi que l'influence de ces processus sur la qualité de l'alliance thérapeutique dans un contexte naturel de psychothérapie psychodynamique. Une autre force de l'étude repose sur l'originalité de la méthodologie. L'étude de cas multiples a permis d'aborder les similitudes et les divergences entre les participants et le devis de recherche mixte a offert un portrait à la fois global et précis de l'évolution des variables. Également, le paradigme de recherche-action de l'étude a créé un pont intéressant entre la recherche empirique et la pratique professionnelle en lien avec les diverses variables explorées. Cette étude a été menée en faisant des observations répétées de la qualité de l'alliance thérapeutique, des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif à chacune des séances du suivi thérapeutique, et cette répétition a permis d'obtenir des données cliniques nuancées. De surcroît, plusieurs mesures ont été prises en tenant compte à la fois de la perspective du patient et de celle de la thérapeute, un double point de vue qui fait rarement partie des études de recherche-action et des devis à cas multiples. Enfin, le processus de validation inter-juges a aussi ajouté à la robustesse de la méthodologie et ainsi, l'étude offre une mise à jour d'un outil de codification des manifestations de résistance.

Limites de l'étude

Cette étude comprend également quelques limites. En premier lieu, la méthodologie adoptée peut être associée à divers biais. En effet, la thérapeute-chercheuse

évaluait elle-même la qualité de l'alliance thérapeutique, l'intensité des manifestations de résistance et la présence de transfert négatif par l'entremise de divers questionnaires et de la tenue d'un journal réflexif. Ainsi, bien que certaines mesures aient été prises pour atténuer cette subjectivité, les données sont certainement influencées par les impressions, le contre-transfert et les a priori théorico-cliniques de la chercheuse. Dans le même ordre d'idée, un biais de désirabilité sociale est inévitable dans le contexte où la perception du patient quant à la qualité de l'alliance thérapeutique avec sa thérapeute est colligée alors que cette dernière est également la chercheuse principale de l'étude. Également, l'étude a privilégié des mesures interprétatives utilisant uniquement la perspective de la thérapeute pour observer les manifestations de résistance et la présence de transfert négatif plutôt que de tenir compte de l'expérience des patients pour décrire ces processus. De plus, la petite taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les données. Une autre limite importante de l'étude est le fait que les variables investiguées sont interreliées puisqu'elles font partie de la dimension relationnelle de l'intervention thérapeutique, ce qui rend ardu de délimiter chacun des concepts dans le but de les observer et de les mesurer. Enfin, le cadre restreint de 15 séances dans lequel l'étude a été réalisée pouvait à la fois limiter le déploiement des manifestations de résistance et de la présence de transfert négatif ou bien, au contraire, exacerber l'apparition de ces phénomènes. Il est possible que le nombre limité de séances et la passation du questionnaire d'alliance thérapeutique par les participants aient influencé l'apparition et l'intensité des variables observées dans l'étude.

Retombées de l'étude

Cette étude possède des retombées sur le plan de la recherche et sur le plan clinique. D'abord, du point de vue de la recherche, l'étude documente la relation complexe entre les variables et elle démontre qu'un devis de recherche mixte semble être une méthodologie de choix pour documenter l'impact du travail clinique de manière nuancée et créer des ponts entre la recherche et la clinique. D'un point de vue clinique, l'étude permet de dépeindre un portrait plus sensible des défis liés à l'interprétation de la résistance et du transfert négatif en vue de préserver la qualité de l'alliance thérapeutique. Elle fait également ressortir que le travail clinique interprétatif peut faire vaciller la collaboration entre le patient et la thérapeute alors qu'à d'autres moments, il permet l'approfondissement du travail thérapeutique, la restauration de l'alliance et la solidification du lien. L'étude permet également d'accentuer l'importance de la fonction réflexive du thérapeute quant à ses interventions et à son observation de l'oscillation de la résistance et du transfert négatif en séance afin de pouvoir bien formuler les interventions. Également, l'utilisation de questionnaires et la rédaction d'un journal se sont avérées être des outils précieux pour affiner la conscience réflexive au sujet des dynamiques des patients, contenir les réactions de contre-transfert et de contre-résistance ainsi qu'ajuster les interventions selon les fluctuations des variables étudiées.

Pistes d'investigations futures

Comme peu d'études ont été réalisées sur l'impact du travail clinique de la résistance et du transfert négatif sur la qualité de l'alliance, il semblerait important de

reproduire ce devis avec divers types de clientèle, afin de poursuivre l'observation de ces phénomènes complexes et interreliés. Ce faisant, la méthodologie pourrait être améliorée en considérant le niveau de maturité des relations d'objet, en observant les interventions de plusieurs thérapeutes et en utilisant la perspective d'évaluateurs indépendants et des patients pour mesurer l'intensité des manifestations de résistance, la présence de transfert négatif et la qualité de l'alliance thérapeutique. Enfin, puisque les manifestations de résistance et la présence de transfert négatif se déploient au fil des séances de psychothérapie, il serait pertinent d'observer l'évolution de ces variables dans le cadre de suivis thérapeutiques à plus long terme.

Cette réflexion conclut la section de la discussion des résultats. La conclusion sera présentée dans la section suivante.

Conclusion

Cette étude avait comme objectif principal d'observer et de décrire l'évolution et l'interaction de la qualité de l'alliance thérapeutique, des manifestations de résistance et de la présence du transfert négatif ainsi que l'impact des interventions interprétatives faisant partie du travail clinique de la résistance et du transfert négatif sur la qualité de l'alliance thérapeutique en contexte naturel de psychothérapie psychodynamique. Pour réaliser cet objectif, une étude de cas multiples avec un devis de recherche à la fois quantitatif et qualitatif a été réalisée. Les variables ont été observées de manière continue par le biais de questionnaires. De plus, la technique d'analyse de contenu inductive du mémoing, issue de la théorisation ancrée Glaser et Strauss (1967), a permis de faire ressortir divers constats du journal de la thérapeute.

Les résultats obtenus mettent en lumière plusieurs observations très intéressantes. La qualité de l'alliance thérapeutique évolue de manière linéaire en rencontrant quelques vacillations dues en partie aux variations de la capacité à collaborer entre le patient et la thérapeute. Les manifestations de résistance évoluent en suivant un mouvement d'oscillation et elles s'intensifient particulièrement en fin de suivi. Quant à la présence de transfert négatif, le transfert de type évitant/rejetant prédomine chez les participants de l'étude et il semble adopter une fonction défensive. De manière générale, la qualité de l'alliance thérapeutique semble être affectée par l'intensification des manifestations de résistance et la présence accrue de transfert négatif. Toutefois, à certains moments, les manifestations de résistance semblent contribuer à restaurer l'alliance en permettant au patient de mettre à distance ses angoisses. Également, les résultats font ressortir que les

manifestations de résistance sont parfois orchestrées par un transfert négatif sous-jacent et que, à d'autres moments, le transfert négatif semble se poser comme une résistance au progrès thérapeutique. Enfin, les interventions interprétatives de la résistance et du transfert négatif peuvent à l'occasion engendrer des retombées positives en restaurant la fluidité de la collaboration, en donnant accès à un contenu ou un affect significatif ou en rendant le lien thérapeutique plus intime. À d'autres moments, le travail interprétatif peut contribuer à libérer des angoisses que le patient n'est pas prêt à contenir, ou induire des affects négatifs, et ces impacts peuvent à leur tour nuire à la qualité de l'alliance thérapeutique.

Ce mémoire doctoral illustre la complexité de l'observation de phénomènes inhérents à la relation thérapeutique dans le cadre d'une approche psychodynamique, puisque la dynamique relationnelle fait appel à du matériel inconscient. L'étude propose des amorces de réponse quant à l'hétérogénéité des résultats observés dans les écrits scientifiques, en apportant des nuances quant à la variabilité de l'impact du travail clinique interprétatif selon, entre autres, le niveau d'accordage du thérapeute aux besoins du patient et les forces du moi de ce dernier. Cette recherche fait appel à l'utilisation d'une méthodologie plus ajustée à la pratique clinique dans une orientation psychodynamique en utilisant la perspective de la thérapeute dans son journal réflexif comme un élément ayant une fonction intégratrice quant aux tendances observées entre les variables en les mettant en relation de façon dynamique.

Références

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1–33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients and therapists experiences in several clinical contexts. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1510–1522. doi: 10.1002/jclp.22525
- American Psychiatry Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 320–330. doi: 10.1037/a0033179
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699–710. doi: 10.1080/10503300802291463
- Astor, M. H. (1994). Therapeutic neurosis: The need to resist the healing process in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 24(1), 39–50. doi: 10.1007/BF02306583
- Banon, E., Evan-Grenier, M., & Bond, M. (2001). Early transference interventions with male patients in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(2), 79–92.
- Barber, J. P., & Sharpless, B. A. (2015). On the future of psychodynamic therapy research. *Psychotherapy Research*, 25(3), 309–320. doi: 10.1080/10503307.2014.996624
- Baribeau, C. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données. *Recherches qualitatives, Hors Série* (2), 98-114.

- Barlatier, P. (2018). Les études de cas. Dans F. Chevalier (dir.), *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 126-139). Caen, France: EMS Editions.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544–559.
- Bell, C. R. (2018). Psychotherapeutic subjectivities: A thematic analysis of experiences of change in psychoanalysis / psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy. *The Sciences and Engineering*, 79 (5).
- Beretta, V., de Roten, Y., Stigler, M., Drapeau, M., Fischer, M., & Despland, J.-N. (2005). The influence of patient's interpersonal schemas on early alliance building. *Swiss Journal of Psychology*, 64(1), 13–20. doi: 10.104/1421-0185.64.1.13
- Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(3), 255–281. doi: 10.1037/a0029695
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Birks, M., Chapman Y., & Francis, K. (2008). Memoing in qualitative research: Probing data and processes. *Journal of Research in Nursing*. 13(1): 68-75. doi: 10.1177/1744987107081 254
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167–188.

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26, 1-18.
- Bleuler, R. (1996). Anxiety as an indicator of initial transference resistance and its handling in intensive short-term dynamic psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 11(1), 1–20.
- Bond, M., Banon, E., & Grenier, M. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7(4), 301–318.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671.
- Bordin (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bradley, R., Heim, A. K., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 342–349. doi:10.1192/bjp.186.4.342
- Butler, S. E., & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 23, 30-40.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21th century. Dans N.K Denzin, & Y.S. Lincoln (Éds). *Handbook of Qualitative Research* (3rd ed.) (507-535). Thousand Oaks: Sage.

- Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2018). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research*, 28(4), 560–570. doi: 10.1080/10503307.2016.1227104
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2004). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Unpublished Manuscript. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York.
- Clarkins, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Conn, H., Medrano, L. A., & Moretti, L. (2013). Adaptation of the Revised Helping Alliance Questionnaire patient version (HAq-II-P) for the population of Cordobans. *Terapia Psicológica*, 31(2), 165–174.
- Cooper, S., Bond, M., Audet, C., Boss, K., & Csank, P. (2002). *The Psychodynamic Intervention Rating Scale*. San Francisco: University of California.
- Curtis, H. C. (1983). Psychoanalysis: A basic model of psychotherapy. *The Psychiatric Hospital*, 14, 188-191.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 3, 28-43.
- de Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N., & Despland, J.-N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 324–331. doi : 10.1002/cpp.420

- de Roten, Y., & Michel, L. (2013). Regards croisés sur l'évolution de la relation thérapeutique au cours d'une psychothérapie psychodynamique brève. *Psychothérapies*, 33(1), 55–62.
- Drisko, J. W. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic findings and their implications for practice and research. *Families in Society*, 85(1), 81–90.
- Elkins, D. N. (2012). Toward a common focus in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 49(4), 450–454. doi: 10.1037/a0027797
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 51, 372–380. doi: 10.1037/a0036505
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 142(8), 922–926.
- Freud, S. (1912). La dynamique du transfert. Dans S. Freud (Éds), *La technique psychanalytique* (pp. 50-60). Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. Dans D. S. Milman & G. D. Goldman (Éds), *Techniques of working with resistance* (pp. 8-9), Northvale: Jason Aronson Inc.
- Freud, S. (1933). Analysis terminable and interminable. Dans S. Freud (Éds), *Complete psychological works*, standard ed., vol 23. (1964) London: Hogarth Press.

- Fuertes, J. N., Gelso, C. J., Owen, J. J., & Cheng, D. (2013). Real relationship, working alliance, transference/countertransference and outcome in time-limited counseling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3–4), 294–312. doi: 10.1080/09515070.2013.845548
- Gabbard, G. O. (2010). *Psychothérapie psychodynamique : les concepts fondamentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. doi : 10.1016/B978-2-294-70805-3.00001-X
- Gabbard G. O. (2020). The role of countertransference in contemporary psychiatric treatment. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 243–244. doi: 10.1002/wps.20746
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 823–841. doi: 10.1516/N4T0-4D5G- NNPL-H7NL
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). Quantitative and qualitative research: beyond the debate. *Integrative Psychological Behavioral Science*, 42, 266–290.
- Gelso, C. J., & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 384–390. doi: 10.1037/a0028802
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306. doi: 10.1037/0022-0167.41.3.296
- Gelso, C.J., & Hayes, J.A. (1998). *The Psychotherapy Relationship*. New York: Wiley.

- Gelso, C. J., Hill, C. E., Mohr, J. J., Rochlen, A. B., & Zack, J. (1999). Describing the face of transference: Psychodynamic therapists' recollections about transference in cases of successful long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 257–267. doi : 10.1037/0022-0167.46.2.257
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Measuring the Real Relationship in Psychotherapy: Initial Validation of the Therapist Form. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 640–649. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.640
- Gerostathos, A., de Roten, Y., Berney, S., Despland, J.-N., & Ambresin, G. (2014). How does addressing patient's defenses help to repair alliance ruptures in psychodynamic psychotherapy? An exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 419–424.
- Gibbons, M.B., Connolly, P., Crits-Christoph, C., de la Cruz, J.P., Barber, L., Siqueland, & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13(1), 59-76. doi: 10.1093/ptr/kpg007
- Ginsburg N., & Ginsburg R. (1999). *Psychoanalysis and Culture at the Millennium*. New Haven: Yale University Press.
- Glaser, B., & Strauss, A (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. New York: Aldine De Gruyter.
- Glover E. (1955). *The Technique of Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Goyena, A. (2006). Heinrich Racker ou le contre-transfert comme un nouveau départ de la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 351–370. doi : 10.3917/rfp.702.0351

- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance Theory and measurement. Dans J. C. Muran & J. P. Barber (Éds), *The Therapeutic Alliance: An evidence based-guide to practice* (pp. 7-28). New York: Guildford Press.
- Have-de Labije, JT., & Neborsky, RJ. (2012). *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: a roadmap to the unconscious*. London: Karnac.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. Dans A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Éds), *The working alliance: Theory, Research and Practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19,13–29. doi: 10.1080/10503300802621206
- Hoffart, A., & Johnson, S. U. (2017). Psychodynamic and cognitive-behavioral therapies are more different than you think: Conceptualizations of mental problems and consequences for studying mechanisms of change. *Clinical Psychological Science*, 5(6), 1070–1086. doi: doi.org/10.1177/2167702617727096
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., Sørbye, Ø., Heyerdahl, O., & Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *The American Journal of Psychiatry*, 165(6), 763–771. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07061028
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., Røssberg, J. I., Ulberg, R., Gabbard, G. O., & Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 697–706. doi: 10.1037/a0024863

- Horner, A. J. (1987). Object Relations and Transference Resistance. Dans D. S. Milman & G. D. Goldman (Éds), *Techniques of working with resistance* (pp. 227-247), Northvale: Jason Aronson Inc.
- Horner, A. J. (2005). *Dealing with Resistance in Psychotherapy*. Oxford: Jason Aronson.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365–372. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.365
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransferences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38–56. doi: 10.1177/000306516501300102
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F., Diamond, D., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Mentalization and attachment in borderline patients in transference focused psychotherapy. In E. Jurist, A. Slade, & S. Bergner (Eds.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience and psychoanalysis* (pp. 167–201). New York, NY: Other Press.
- Kernberg, O. F. (2016). Interpretation in the treatment of borderline pathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(1), 52–59. doi: 10.1080/07351690.2016.1112222

- Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J.-N. (2009). Specifics of defense mechanisms in bipolar affective disorder: Relations with symptoms and therapeutic alliance. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 675–681.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Laberge, L. (2019). Gestion défailante du contre-transfert érotique (Mémoire doctoral inédit), Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.
- Lacewing, M. (2014). Psychodynamic psychotherapy, insight, and therapeutic action. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 154–171. doi: 10.1111/cpsp.12065
- LaFarge, L. (2012). Defense and resistance. Dans G. O. Gabbard, B. E. Litowitz, & P. Williams (Eds.), *Textbook of psychoanalysis*, 2nd ed. (pp. 93–104). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lambert, K. (1976). Resistance and counter-resistance. *The Journal of Analytical Psychology*, 21(2), 164–192. doi: 10.1111/j.1465-5922.1976.00164.x
- Langs, R. (1987). Psychoanalysis as an Aristotelian science: Pathways to Copernicus and a modern-day approach. *Contemporary Psychoanalysis*, 23(4), 555–576. doi: 10.1080/00107530.1987.10746204
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., (2007). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Laverdière, O. & Descôteaux, J. (2015). Traduction francophone du Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) (document inédit), Université de Sherbrooke.

- Le Bloc'h, Y., de Roten, Y., Drapeau, M., & Despland, J. (2006). New, but improved? Comparison between first and revised version of the Helping Alliance Questionnaire. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 157, 23–28.
- Lecomte, C. & Richard, A. (2003). De la subjectivité à l'intersubjectivité : Pour une psychothérapie pleinement relationnelle. *Revue de psychologie de la motivation*, 35, 64-73.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73–102.
- Lehmann J. P. (2013). *Donald W. Winnicott : un créateur indépendant*, Paris : Armand Colin.
- Levy, K. N., & Scala, J. W. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 391–403. doi : 10.1037/a0029371
- Locati, F., De Carli, P., Tarasconi, E., Lang, M., & Parolin, L. (2016). Beyond the mask of deference: exploring the relationship between ruptures and transference in a single- case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(2), 79–91. doi: 10.4081/ripppo.2016.212
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Dans J. L. Clegh- horn (dir.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). New York: Brunner/ Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II):

Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(3), 260–271.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well, mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12. doi: 10.1093/clipsy/9.1.2

Mahalik, J. R. (1994). Development of the Client Resistance Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 58–68. doi: 10.1037/0022-0167.41.1.58

Manetta, C. T., Gentile, J. P., & Gillig, P. M. (2011). Examining the therapeutic relationship and confronting resistances in psychodynamic psychotherapy: A certified public accountant case. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 35–40.

Markin, R. D., McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2013). Transference, countertransference, emotional expression, and session quality over the course of supportive expressive therapy: The raters' perspective. *Psychotherapy Research*, 23(2), 152–168. doi : 10.1080/10503307.2012.747013

Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337–350. doi: 10.1037/a0015169

McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guildford Press.

Meissner, W. W. (2001). A note on transference and alliance: Transference—Variations on a theme- Patterns of interaction. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(2), 194–219.

- Mertens, D. M. (2005). *Research and evaluation in education and psychology: integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Messer, S. B., & Wolitzky, D. L. (2010). A Psychodynamic Perspective on the Therapeutic Alliance: Theory, Research and Practice. Dans J. C. Muran & J. P. Barber (Éds), *The Therapeutic Alliance: An evidence based-guide to practice* (pp. 97-122). New York: Guildford Press.
- Messer, S. B. (2002). A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: Vive la résistance. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 157–163. doi: 10.1002/jclp.1139
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J., & Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 8(1), 40–54.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (2010). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. New York: Guilford Press.
- Nock, M. K., Michel, B. D., & Photos, V. I. (2007). Single-case research designs. Dans D. McKay (dir.), *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology* (pp. 337-350). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nuetzel, E. J., Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2007). The dynamics of empirically derived factors in the therapeutic relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1321–1353. doi: 10.1177/000306510705500411
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(9), 571–578. doi: 10.1097/00005053-199909000- 00007

- Ordre des psychologues du Québec (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*. Repéré à https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2018/05/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2003). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. Dans Bergin & Garfield's (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Lambert MJ. (Ed.), New York: John Wiley & Sons.
- Papineau, M., & Sasseville-Lahaie, C. (2017). La résistance, résurgence du détruit-trouvé dans l'espace analytique ? *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 984-996. doi: 10.3917/rfp.814.0984.
- Patel, K., A., Malcolm F., Carter, B., Watkins, C., L., Hackett, M., L., Michael, J., Thornton, T., & Lightbody, C., E., (2016). Parallel serial memoing: A novel approach to analyzing qualitative data. *Qualitative Health Research*, 26 (13), 1745-1752.
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*. Harvard School of Medicine, Cambridge.
- Petraglia, J., Bhatia, M., de Roten, Y., Despland, J.-N., & Drapeau, M. (2015). An empirical investigation of defense interpretation depth, defensive functioning, and alliance strength in psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(1), 1–17.
- Porret, M. (2005). Échecs de la cure analytique et résistances à la guérison. *Médecine & Hygiène*, 25(1), 29-37.
- Rennie, D. L. (1994). Clients deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 427-437.

- Roquet-St-Arnaud, L. (2002). Résistance ou persistance? *Interactions*, 6(1), 49-62.
- Roussillon, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la « survivance » de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 4, 1005-1022.
- Roussillon, R. (2010). Traumatismes et paradoxes de la destructivité. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 2, 181-194.
- Roy, M. & Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32(2), 129-151.
- Safran, J. D, Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27,154-165.
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1995). Resolving therapeutic alliance rupture: diversity and integration. *Psychotherapy in Practice*, 1, 81-92.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Saint-Martin, C., Pilotti, A., & Silvia, V. (2014). La réflexivité chez le Doctorant-Praticien-Chercheur : Une situation de Liminalité. *Revue Interrogations?*, 19, Repéré à <http://www.revue-interrogations.org/La-reflexivite-chez-le-Doctorant>

- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109. doi: 10.1037/a0018378
- Statistiques Canada (2016). Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2000-2001, 2005, 2007-2008 et 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Dans *Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec*, Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-de-consultation-d-un-professionnel-de-la-sante/>
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of Alliance Development and the Rupture-Repair Hypothesis: Are Productive Relationships U-Shaped or V-Shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.81
- Stiles, W. (2013). L'utilisation des études de cas pour l'élaboration de la théorie en psychothérapie. *Psychothérapies*, 33(1), 29-35. doi: 10.3917/psys.131.0029.
- Tanzilli, A., Colli, A., Gualco, I., & Lingardi, V. (2018). Patient personality and relational patterns in psychotherapy: Factor structure, reliability, and validity of the Psychotherapy Relationship Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 100(1), 96-106. doi: 10.1080/00223891.2016.1272050
- Thomas, S. R. (1998). The impact of client defensive functioning on the working alliance. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 58 (8).
- Tryon, G.S., Blackwell, S.C., & Hammel, E.F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance, *Psychotherapy research*, 17, 629- 642.

- Tuckett, D. (2019). Transference and transference interpretation revisited: Why a parsimonious model of practice may be useful. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(5), 852–876. doi: 10.1080/00207578.2019.1664906
- Tyupa, S. (2011). A theoretical framework for back-translation as a quality assessment tool. *New Voices in Translation Studies*, 7, 35–46.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215. doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24, 286–298. doi: 10.1080/10503307.2013.802823
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1975). L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications, Dans D. W. Winnicott (dir.), *Jeu et Réalité : l'espace potentiel* (pp. 162-176), Paris : Gallimard.
- Wolstein, B. (1987). Transference and resistance as psychic experience. Dans D. S. Milman & G. D. Goldman (Éds), *Techniques of working with resistance* (pp. 249-267). Northvale: Jason Aronson Inc.

Appendice A

Affiche pour le recrutement de participants à l'étude

Vous ressentez le besoin d'entreprendre une psychothérapie?

- ❖ Vous êtes une femme ou un homme âgé(e) de 18 à 65 ans?
- ❖ Vous êtes capable de bien parler et lire le français?
- ❖ Vous ne suivez pas de traitement psychologique actuellement?
- ❖ Vous êtes dans la région de Montréal et êtes disponible à vous présenter à des rencontres d'environ 1h15 les dimanches pendant au moins 15 semaines consécutives?
- ❖ Vous présentez soit: une humeur dépressive, de l'anxiété, des difficultés relationnelles, une faible estime de soi, un deuil ou autre difficulté?

Vous pourriez avoir droit à 15 rencontres de psychothérapie à prix réduit (30\$) en échange de votre participation à une recherche clinique évaluant l'effet de différentes interventions sur la qualité du lien thérapeutique

Pour participer, vous devez répondre à certains critères prédéterminés.
Pour informations, contactez la responsable-chercheuse, madame Vanessa Corbeil, candidate au doctorat en psychologie clinique au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, par courriel : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



**UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE**

Appendice B

Entrevue téléphonique avec les participants potentiels de l'étude

Entrevue téléphonique avec les participants potentiels de l'étude

Informations démographiques :

Nom : _____ Prénom : _____

Langue(s) parlée(s) : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Jour / Mois / Année

Adresse actuelle : _____

Tél. au domicile : (____) _____ Cellulaire (autre) : (____) _____

Adresse courriel : _____

Niveau scolaire (terminé ou en cours) : _____

Lieu de travail ou d'étude : _____

Fonction : _____

Tél. au travail : (____) _____

Questions à poser lors du contact téléphonique :

1) Comment avez-vous entendu parler de l'étude?

2) Pourriez-vous m'expliquer en quelques mots ce qui vous amène à vouloir consulter en psychothérapie?

3) Êtes-vous suivi en psychothérapie présentement? Avez-vous déjà consulté dans le passé, si oui, pour quel type de problématique?

4) Avez-vous déjà reçu un diagnostic psychologique? Si oui, lequel?

5) Consultez-vous un professionnel de la santé actuellement en lien avec une difficulté psychologique?

6) Prenez-vous des médicaments pour une difficulté de nature psychologique?

7) Quel type d'engagement êtes-vous prêt à fournir pour participer à l'étude (fréquence rencontres)?

8) Quels jours de la semaine êtes-vous disponible présentement? (Vérifier si disponibilité le dimanche)

9) Seriez-vous à l'aise de répondre à un questionnaire à la fin de chaque séance de psychothérapie sur vos impressions et vos émotions quant à la relation que vous entretenez avec votre thérapeute? (Veuillez noter que votre thérapeute n'aura pas accès à vos réponses)

10) Seriez-vous à l'aise avec le fait que les rencontres de psychothérapie soient enregistrées par audio et que certains extraits des séances soient retranscrits (extraits comprenant uniquement des interventions de la thérapeute et ne comprenant pas de données permettant d'identifier un participant)? Veuillez noter que seuls la thérapeute-

chercheuse et un assistant de recherche (qui écouterait deux rencontres) soumis à la confidentialité pourraient écouter les rencontres.

Informations à transmettre aux participants :

- ⇒ L'étude a lieu dans le cadre d'un mémoire doctoral en psychologie clinique.
- ⇒ L'objectif de cette recherche est d'observer et de mieux comprendre l'impact des manifestations de transfert et de résistance, des processus naturels inconscients, et de différentes interventions sur la qualité du lien entre un client et son thérapeute.
- ⇒ La psychothérapie offerte est d'orientation psychodynamique.
- ⇒ Votre participation serait requise pour une période d'environ 15 semaines, une fois par semaine, le dimanche pour une durée de 1h15.
- ⇒ Si vous êtes toujours intéressé à participer à l'étude, vous seriez convoqué à vous présenter à la clinique pour une rencontre d'évaluation de 2 heures. Cette rencontre a pour but d'explorer en détail votre motif de consultation et de vérifier si cette étude pourrait être en mesure de répondre à ce que vous recherchez. Si la thérapeute-chercheuse juge que vous ne pourriez pas bénéficier de la participation à l'étude ou que vous ne répondez pas à tous les critères, vous serez référé à un autre thérapeute.
- ⇒ La thérapeute-chercheuse est doctorante en psychologie et membre étudiant de l'OPQ. Elle pratique sous la supervision d'un psychologue membre de l'OPQ. Ainsi, la thérapeute-chercheuse pourrait être amenée à discuter de votre cas avec sa superviseure.
- ⇒ La psychothérapie commencerait vers la fin août, début septembre.

Est-ce que vous vous sentez à l'aise de poursuivre votre participation à l'étude à la lumière des renseignements qui vous ont été donnés?

Avez-vous des questions? (noter les questions)

Date de la rencontre d'évaluation (s'il y a lieu) : _____

Appendice C

Canevas de l'entrevue d'évaluation pour la participation à l'étude

Canevas de l'entrevue d'évaluation pour la participation à l'étude

1) Explorer le motif de consultation

(Questions issues de l'entrevue d'évaluation de S. Perzow)

- a. Quels événements particuliers vous ont amené à décider que vous souhaitez entreprendre une psychothérapie ? Comment en êtes-vous arrivé à cette décision?
- b. Comment avez-vous accompli vos démarches pour trouver de l'aide? Avez-vous discuté de certains détails avec vos proches? Comment avez-vous cherché à obtenir de l'information?
- c. Quel type d'aide recherchez-vous? (Proposer des exemples si c'est difficile) Comment l'idée de la psychothérapie a-t-elle commencé? Avez-vous de l'expérience de psychothérapie?
- d. Quel type de changement espérez-vous?
- e. Combien de temps serait nécessaire pour accomplir ces changements? Combien de rencontres seraient nécessaires selon vous? Quelle fréquence de rencontre serait requise? Combien de temps pourraient durer les rencontres?
- f. Qu'est-ce qui se passerait dans la thérapie selon vous? Qui serait présent? Qu'est-ce que chacun ferait? Quelle serait la responsabilité de chacun? Comment les sujets seraient choisis? Quels sujets seraient abordés dans la thérapie selon vous? Que croyez-vous que vous aurez à investir pour atteindre vos objectifs? (En termes de temps, d'efforts, etc.)
- g. Si vous arrivez à faire les changements que vous espérez (mieux comprendre, etc.), quelles conséquences ces changements auront-ils selon vous?

2) Explorer la présence d'indices de fragilité psychologique

- a. Avez-vous déjà souffert d'hallucinations dans le passé? Avez-vous déjà entendu des voix ou vu des choses que les autres ne voyaient pas?
- b. Avez-vous déjà souffert de dépendance (à l'alcool? À une drogue?)?
- c. Décrivez votre consommation actuelle d'alcool et de drogues.
- d. Avez-vous déjà eu des problèmes cognitifs dans le passé?

- e. Avez-vous déjà eu un épisode de manie, c'est-à-dire un moment où votre estime de soi est augmentée, votre énergie est débordante, vos pensées sont rapides et vous présentez des comportements impulsifs?
- f. Avez-vous déjà eu des idées noires dans le passé? Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?
- g. Avez-vous déjà souffert de troubles psychologiques? Si oui, décrivez.

3) *Explorer l'identité et la maturité des relations d'objets du patient/Vérifier les capacités d'introspection.*

(Questions issues de l'entrevue STIPO (Clarkin, Caligor, Stern et Kernberg, 2007))

- a. J'aimerais vous poser quelques questions à propos de vous en tant que personne, à propos de votre personnalité. Parlez-moi de vous, de comment vous êtes en tant que personne. Disons que vous voulez que je vous connaisse le plus rapidement possible, en quelques minutes, comment vous décririez-vous pour que je puisse obtenir une image vivide et complète du type de personne que vous êtes?
- b. Pouvez-vous me décrire quelques-unes de vos qualités et de vos défauts? Comment comprenez-vous que vous êtes _____. Quelle est votre théorie à propos de cette facette de votre personnalité? Comment se serait-elle développée?
- c. Si vous pensez aux cinq dernières années, diriez-vous que vous avez un sentiment continu de votre personne qui évolue à travers le temps, ou vous sentez-vous comme une série de personnes différentes à travers le temps?
- d. Vous voyez-vous comme une personne ayant des opinions ou des sentiments bien définis? Par exemple, des opinions morales, des visions politiques ou autres?
- e. Diriez-vous que vous vous présentez comme une personne différente à vos différents amis et que chacun d'eux a une perception différente de qui vous êtes comme personne?
- f. Aimez-vous passer du temps seul? Diriez-vous que le fait d'être seul vous fait sentir libre et détendu, ou avez-vous tendance à devenir anxieux ou confus par rapport à qui vous êtes?
- g. Au début ou au cours d'une relation intime, avez-vous tendance à « perdre votre identité », votre perception de qui vous êtes ou de ce qui est important pour vous dans la relation?

- h. Est-ce que votre estime personnelle dépend beaucoup de la façon dont vous êtes perçu par les autres ou diriez-vous que votre estime personnelle provient de l'intérieur de vous?
- i. J'aimerais maintenant que vous me parliez des personnes qui sont importantes pour vous actuellement. Qui est la personne la plus importante pour vous ? (À l'exclusion de votre famille avec laquelle vous avez été élevé et de vos enfants)
- j. Dites m'en davantage à propos de _____, comment est-il/elle en tant que personne ? Disons que vous souhaitiez me faire connaître _____ le plus rapidement possible, en quelques minutes, comment vous me décririez sa personne afin que je puisse me la représenter de manière vivide ?
- k. Est-ce que le fait d'essayer de comprendre ce que les autres pensent ou ressentent est une source de confusion pour vous?
- l. Êtes-vous incertain par rapport à la façon dont les gens vous voient?
- m. Trouvez-vous que les réactions des autres envers vous sont surprenantes? Par exemple, est-ce que, parfois, des gens se fâchent contre vous ou deviennent contrariés sans que vous en sachiez la raison?
- n. Pouvez-vous choisir une personne dans votre famille immédiate qui a joué un rôle important dans votre développement en tant que personne ?
- o. Dites m'en davantage à propos de _____, comment est-il/elle en tant que personne ? Disons que vous souhaitiez me faire connaître _____ le plus rapidement possible, en quelques minutes, comment vous me décririez sa personne afin que je puisse me la représenter de manière vivide ?
- p. Pouvez-vous me décrire les qualités et les défauts de _____. Peut-être avez-vous un exemple ou une histoire qui illustre l'une de ces caractéristiques ?
- q. Comment comprenez-vous le fait que _____ soit _____. Quelle est votre théorie à propos de cela, comment est-il/elle devenu/e ainsi ?
- r. Avez-vous des amis proches ? Que partagez-vous l'un avec l'autre ? Que fait-il qu'il s'agisse d'une amitié ? Partagez-vous de l'information personnelle à propos de votre vie avec cette personne ? Est-ce qu'il/elle partage de l'information personnelle ? Avez-vous un exemple d'histoire personnelle que vous avez partagé avec cette personne ?
- s. Dans vos amitiés, avez-vous tendance à avoir des conflits avec les autres ? Quels types de problèmes avez-vous avec vos amis proches ?

- t. Comment réagissez-vous quand vos amis ne sont pas disponibles pour vous ?
- u. Avez-vous eu des relations amoureuses dans les cinq dernières années ? Est-ce que ces relations étaient caractérisées par de l'intimité et de la confiance ? Pouvez-vous vous ouvrir dans cette relation ou avez-vous certaines craintes ? Y avait-il des problèmes sérieux dans cette relation, tels que de la malhonnêteté, de la manipulation ou des déceptions ?
- v. Comment vos relations amoureuses se terminent habituellement ? Qui initie habituellement les ruptures ? Avez-vous tendance à perdre intérêt envers vos relations amoureuses ? Pendant votre union, perdiez-vous intérêt envers l'autre ? Avez-vous eu des relations extra-conjugales ?
- w. Diriez-vous que vous êtes très critique envers votre partenaire lorsqu'il/elle fait des erreurs ou qu'il/elle vous déplaît ?

Appendice D

Description de la complétion des instruments de l'étude

Description de la complétion des instruments de l'étude

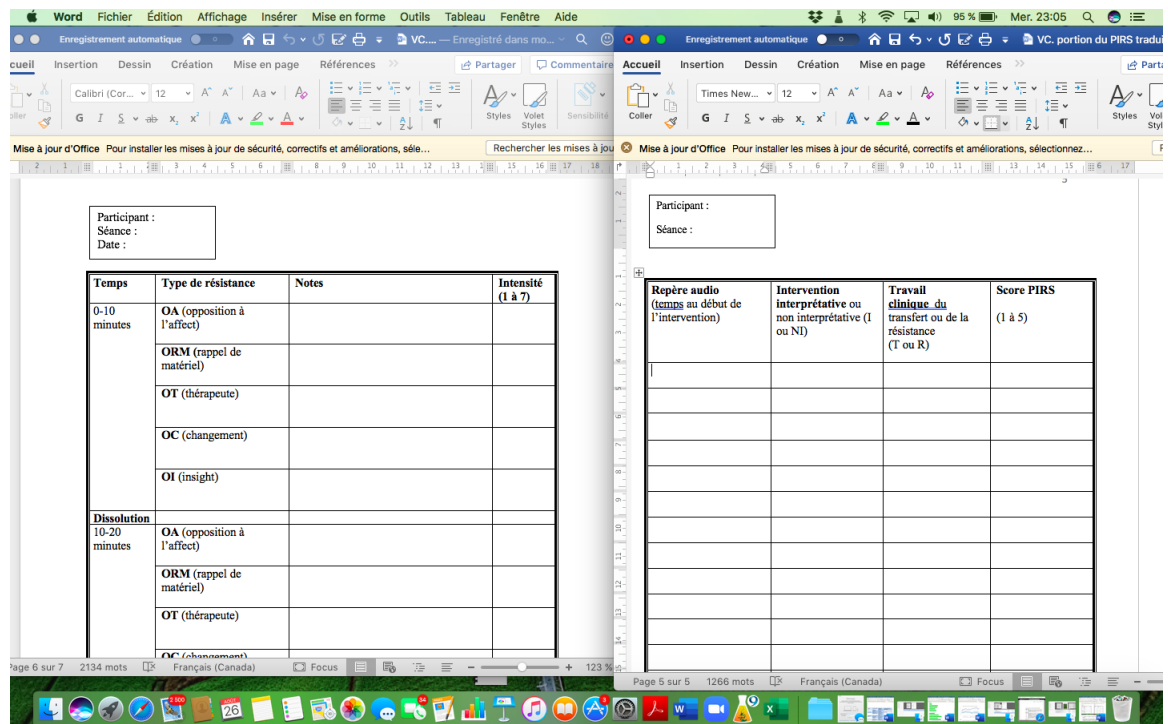
Instruments et échelles	Variables	Moment de la complétion et temps requis pour la réaliser	Auteur de la complétion
HAQ-II	Qualité de l'alliance thérapeutique	À la fin de chaque séance de psychothérapie (15 observations par patient). Dix minutes de complétion.	Par le patient et la thérapeute-chercheuse
PRQ	Présence de transfert négatif	À la fin de chaque séance de psychothérapie (15 observations par patient). Vingt minutes de complétion.	Par la thérapeute-chercheuse
Journal de la thérapeute	Qualité de l'alliance thérapeutique, manifestations de résistance, présence de transfert négatif, interaction entre les variables et impact du travail clinique de la résistance et du transfert	À la fin de chaque séance de psychothérapie (15 observations par patient). Vingt minutes de complétion.	Par la thérapeute-chercheuse
ÉAMR	Intensité des manifestations de résistance	Lors de l'écoute des séances de psychothérapie, à la fin des suivis en psychothérapie. Une heure de complétion.	Par la thérapeute-chercheuse
PIRS	Travail clinique de la résistance et du transfert : fréquence et type d'interprétation	Lors de l'écoute des séances de psychothérapie, à la fin des suivis en psychothérapie. Une heure de complétion.	Par la thérapeute-chercheuse

Appendice E

Méthode de codification de l'Échelle d'Amplitude des Manifestations de Résistance et
du Psychodynamic Intervention Rating Scale

Méthode de codification de l'Échelle d'amplitude des manifestations de résistance (ÉAMR) et du Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS)

1. Ouvrir les deux outils de cotation en parallèle, un à côté de l'autre, tel qu'illustré dans l'image ci-dessous. Le tableau d'enregistrement de l'ÉAMR à gauche et le tableau d'enregistrement du PIRS à droite de l'écran.



2. La codification est complétée à l'ordinateur (pour maximiser la vitesse de l'écriture).
3. Avant de démarrer la lecture de l'enregistrement d'une séance, le curseur est mis à la première ligne de la première colonne du tableau de droite, soit le tableau d'enregistrement des interventions. Le curseur se promène ainsi entre le tableau de droite (lorsque la thérapeute intervient) et le tableau de gauche (lorsque le patient parle), selon qui prend la parole.
4. Les enregistrements sont écoutés à partir des clés USB encryptées.
5. Une fois que l'enregistrement est en cours de lecture, le tableau de droite est complété pour chacune des interventions de la thérapeute pour le premier segment de 10 minutes.

****COMPLÉTION DU TABLEAU D'ENREGISTREMENTS DU PIRS****

6. Colonne 1 : La codificatrice note un repère audio pour le début de chacune des interventions de la thérapeute.
7. Colonne 2 : Pour chacune des interventions enregistrées, la codificatrice note si l'intervention est interprétative (I) ou non interprétative (NI). Une intervention est interprétative seulement si un contenu nouveau, c'est-à-dire un contenu qui n'est pas dans le discours du patient, est proposé par la thérapeute. Une intervention peut être interprétative même si elle est présentée sous forme de reflet, de question ou de reformulation. Les consignes du PIRS sont utilisées pour émettre ce jugement et elles peuvent être révisées au besoin.
8. Colonne 3 : Pour chacune des interventions interprétatives, la codificatrice note si l'intervention a comme objectif de travailler le transfert (T), la résistance (R) ou autre (-). Les consignes du PIRS sont utilisées pour poser ce jugement. L'écoute de la séance peut être mise en pause afin que la codificatrice puisse réfléchir à sa décision quant à la codification de l'intervention. La codificatrice peut aussi reculer l'enregistrement au besoin pour émettre son jugement. Les consignes du PIRS peuvent être révisées pour s'assurer de la validité de la codification.
9. Colonne 4 : Seulement pour les interventions ayant été codifiées comme étant à propos du transfert ou de la résistance dans la colonne 3, la codificatrice leur attribue un score de 1 à 5 pour évaluer leur niveau de précision en se référant aux consignes du PIRS.

****COMPLÉTION DU TABLEAU d'enregistrement de l'ÉAMR ****

10. Pendant l'écoute du segment de 10 minutes : pour faciliter l'enregistrement des manifestations de résistance, la codificatrice est encouragée à prendre des notes dans le tableau de gauche par rapport à ses observations quant à la manifestation des différents types de résistance dans le segment évalué. La codificatrice prendra des notes pendant que le patient parle (comme elle remplit le tableau d'enregistrement des interventions de la thérapeute pendant que la thérapeute prend la parole). La codificatrice peut écrire brièvement ses observations par rapport
 - a. Aux affects du patient (p.ex., les affects sont exprimés librement ou intellectualisés),
 - b. À la facilité du patient à associer sur du matériel (qui le concerne) et à le décrire dans des termes précis
 - c. Au désir de changer du patient,

- d. Aux réactions du patient face aux interventions de la thérapeute (le patient approfondi le matériel et suit la direction amenée par la thérapeute ou il semble aller dans une direction opposée)
- e. À la capacité du patient à émettre des insights (p.ex., le patient fait des liens ou il semble éviter de réfléchir à se comprendre). L'ÉAMR est utilisée afin de savoir ce qui est pertinent à noter.

11. Pendant l'écoute du segment de 10 minutes : la codificatrice doit coter les changements dans l'intensité des manifestations de résistance. Lorsqu'elle juge qu'une intervention est responsable d'une dissolution de résistance, elle surligne en jaune l'intervention en question dans le tableau d'enregistrement des interventions. Elle complète alors la **section *Dissolution*** du tableau d'enregistrement des manifestations de résistance. Elle inscrit d'abord s'il y a eu OUI ou NON présence de dissolution (une diminution marquée de résistance). Elle note ensuite le temps de l'intervention. Puis elle décrit brièvement (en 15 à 20 mots) l'effet de l'intervention sur la résistance du client. Enfin, elle inscrit le nouveau niveau d'intensité des manifestations de résistance.
12. Après l'écoute d'un segment de 10 minutes : la codificatrice met en pause l'enregistrement. Elle codifie alors le niveau d'intensité de chaque type de manifestation de résistance en se basant sur les indications de l'ÉAMR. La codificatrice note le niveau d'intensité qui lui semble être le plus représentatif du segment. Si le segment comporte différents niveaux de résistance, la codificatrice enregistre alors le niveau le plus faible de résistance du segment. En effet, il est attendu qu'un mouvement d'ouverture du patient (sur le plan des affects, de l'élaboration de matériel, de l'insight, etc.) soit entrecoupé de mouvements de fermeture. Le client a son « système immunitaire » de défenses et ce système est généralement en action. Le client peut tout de même montrer une certaine ouverture à aller dans des contenus ou des affects plus profonds lorsqu'une intervention le touche ou lorsqu'il s'y connecte par association. Il semble ainsi plus logique d'accorder davantage d'importance aux mouvements d'ouverture dans la cotation. La codificatrice se réfère aux critères et aux exemples présentés pour chaque niveau d'intensité de résistance lorsqu'elle codifie un segment. Elle relit les critères à la fin de chaque segment pour s'assurer que l'intensité choisie correspond bien au niveau le plus faible de résistance du segment.
13. La codificatrice procède à la cotation du prochain segment de 10 minutes en répétant les étapes ci-dessus.
14. Le dernier segment à codifier est parfois plus long que 10 minutes comme la séance peut avoir été quelque peu allongée.

Appendice F

Échelle d'Alliance Aidante

Participant :

Séance :

ÉCHELLE D'ALLIANCE AIDANTE

Version révisée (HAq-II patient)

Instructions

Les énoncés suivants représentent différentes manières de se sentir et de se comporter par rapport à une autre personne, votre thérapeute. Pensez attentivement à votre relation avec votre thérapeute, et notez ensuite chaque énoncé en fonction de votre degré d'accord ou de désaccord. *Merci de répondre à tous les énoncés.*

	<p>1 = Pas du tout d'accord 2 = Pas d'accord 3 = Plutôt pas d'accord</p> <p>Plutôt d'accord = 4 D'accord = 5 Tout à fait d'accord = 6</p>					
1. Je sens que je peux compter sur la thérapeute.	1	2	3	4	5	6
2. Je sens que la thérapeute me comprend.	1	2	3	4	5	6
3. Je sens que la thérapeute veut que j'atteigne mes objectifs.	1	2	3	4	5	6
4. Par moments, je <i>n'ai pas</i> confiance dans le point de vue de la thérapeute.	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je travaille avec la thérapeute dans un effort commun.	1	2	3	4	5	6
6. Je crois que nous avons des idées semblables sur la nature de mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
7. En général, je respecte l'avis de la thérapeute à mon sujet.	1	2	3	4	5	6
8. Les méthodes thérapeutiques utilisées <i>ne</i> conviennent <i>pas</i> bien à mes besoins.	1	2	3	4	5	6

	<p> 1 = Pas du tout d'accord 2 = Pas d'accord 3 = Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord = 4 D'accord = 5 Tout à fait d'accord = 6 </p>					
9. J'aime bien ma thérapeute en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
10. Dans la plupart des séances, nous trouvons une manière de travailler ensemble sur mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
11. La thérapeute établit un type de relation avec moi qui freine l'avancement de la thérapie.	1	2	3	4	5	6
12. Une bonne relation s'est formée avec ma thérapeute.	1	2	3	4	5	6
13. La thérapeute me semble être expérimentée pour aider les gens.	1	2	3	4	5	6
14. J'aimerais vraiment arriver à résoudre mes problèmes.	1	2	3	4	5	6
15. Nous avons des échanges constructifs.	1	2	3	4	5	6
16. Nous avons parfois des échanges peu fructueux.	1	2	3	4	5	6
17. De temps en temps, nous évoquons simultanément les mêmes événements importants de mon passé.	1	2	3	4	5	6
18. Je crois que la thérapeute m'aime bien en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
19. Par moments, la thérapeute paraît distante.	1	2	3	4	5	6

Participant :

Séance :

116

ÉCHELLE D'ALLIANCE AIDANTE

Version révisée (HAq-II thérapeute)

	1 = Pas du tout d'accord 2 = Pas d'accord 3 = Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord = 4 D'accord = 5 Tout à fait d'accord = 6					
1. Le patient sent qu'il peut compter sur moi.	1	2	3	4	5	6
2. Le patient sent que je le comprends.	1	2	3	4	5	6
3. Le patient sent que je veux qu'il atteigne ses objectifs.	1	2	3	4	5	6
4. Par moments, le patient n'a <i>pas</i> confiance en mon point de vue.	1	2	3	4	5	6
5. Le patient sent qu'il travaille avec moi dans un effort commun.	1	2	3	4	5	6
6. Je crois que le patient et moi avons des idées semblables sur la nature de ses problèmes.	1	2	3	4	5	6
7. En général, le patient respecte mon avis à son sujet.	1	2	3	4	5	6
8. Le patient croit que les méthodes thérapeutiques utilisées <i>ne</i> conviennent <i>pas</i> bien à ses besoins.	1	2	3	4	5	6

9. Le patient m'aime bien en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
10. Dans la plupart des séances, nous trouvons une manière de travailler ensemble sur ses problèmes.	1	2	3	4	5	6
11. Le patient croit que j'établis un type de relation avec lui qui freine l'avancement de la thérapie.	1	2	3	4	5	6
12. Le patient croit qu'une bonne relation s'est formée avec lui.	1	2	3	4	5	6
13. Le patient croit que je semble être expérimenté pour aider les gens.	1	2	3	4	5	6
14. J'aimerais vraiment que le patient arrive à résoudre ses problèmes.	1	2	3	4	5	6
15. Nous avons des échanges constructifs.	1	2	3	4	5	6
16. Nous avons parfois des échanges <i>peu</i> fructueux.	1	2	3	4	5	6
17. De temps en temps, nous évoquons simultanément les mêmes événements importants du passé du patient.	1	2	3	4	5	6
18. Je crois que le patient croit que je l'aime bien en tant que personne.	1	2	3	4	5	6
19. Par moments, le patient croit que je parais distante.	1	2	3	4	5	6

Appendice G

Psychotherapy Relationship Questionnaire

Participant :

Séance :

Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ)

Version francophone de Laverdière & Descôteaux (2015)

Les énoncés ci-dessous décrivent un certain nombre d'agissements ou de réactions que peuvent reproduire les patients dans un cadre psychothérapeutique. Veuillez évaluer à quel point les phrases suivantes reflètent bien la manière qu'a votre patient(e) d'interagir avec vous et d'aborder la thérapie : 1=aucunement vrai, 3=relativement vrai, et 5=tout à fait vrai. Nous savons qu'il est difficile de procéder à une généralisation quant à des semaines ou des mois de traitement, mais tentez de décrire comment votre patient(e) a interagit avec vous au cours de l'ensemble du traitement. Ne vous faites pas de souci si vos réponses vous semblent incohérentes, car les patients agissent souvent de différentes manières à l'endroit de leur thérapeute. Le genre masculin est utilisé dans l'unique but de faciliter la lecture des énoncés.

1. Se sent aidé par le thérapeute.	1	2	3	4	5
2. Se sent critique envers le thérapeute.	1	2	3	4	5
3. Essaie d'amener le thérapeute à « prendre pour lui ou elle » dans ses conflits avec les autres.	1	2	3	4	5
4. Ressent de la colère envers le thérapeute.	1	2	3	4	5
5. Se sent profondément honteux à l'égard de ses actes, souhaits, symptômes, fantasmes, etc.	1	2	3	4	5
6. Est attiré sexuellement par le thérapeute.	1	2	3	4	5
7. Est en compétition avec le thérapeute.	1	2	3	4	5
8. Est indifférent ou dévalorisant à l'égard du thérapeute.	1	2	3	4	5

9. Semble maintenir une distance face au thérapeute; essaie de garder le thérapeute à distance.	1	2	3	4	5
10. Se conforme trop facilement.	1	2	3	4	5
11. Sent que le thérapeute l'encourage et s'occupe bien de lui.	1	2	3	4	5
12. Considère la thérapie comme un exercice intellectuel.	1	2	3	4	5
13. Se place en opposition; a tendance à ne pas être d'accord avec l'approche du thérapeute, ses commentaires, ses suggestions, etc.	1	2	3	4	5
14. S'inquiète à l'idée que le thérapeute ne puisse pas l'aider.	1	2	3	4	5
15. Travaille fort en thérapie.	1	2	3	4	5
16. Craint son attirance envers le thérapeute.	1	2	3	4	5
17. Se sent maltraité ou abusé par le thérapeute.	1	2	3	4	5
18. A l'impression que le thérapeute ne se soucie pas de lui.	1	2	3	4	5
19. Ressent de l'affection ou de l'amour à l'endroit du thérapeute.	1	2	3	4	5
20. Se sent critiqué par le thérapeute.	1	2	3	4	5
21. Exprime des préoccupations à l'idée que le thérapeute n'en fait pas assez pour l'aider.	1	2	3	4	5
22. Craint de s'ouvrir et d'être vulnérable par peur d'être ou de paraître faible, dépendant, etc.	1	2	3	4	5

23. Idéalise le thérapeute.	1	2	3	4	5
24. S'inquiète à l'idée que le thérapeute ne l'aime pas.	1	2	3	4	5
25. Ressent le besoin de protéger le thérapeute; est préoccupé à l'idée de le blesser.	1	2	3	4	5
26. Est indifférent à l'endroit du thérapeute; exprime peu d'émotions à l'égard du thérapeute, que ce soit de façon manifeste ou indirecte.	1	2	3	4	5
27. Rejette l'aide; semble repousser les efforts sincères du thérapeute pour lui venir en aide.	1	2	3	4	5
28. Est provocant; tend à mettre en place des situations dans lesquelles le thérapeute se sent en colère, attaqué ou provoqué.	1	2	3	4	5
29. Est mal à l'aise que le thérapeute lui porte de l'intérêt, même s'il montre le contraire.	1	2	3	4	5
30. Est mal à l'aise avec le sentiment que l'on prenne soin de lui; vit le fait de recevoir de l'aide comme un échec, une perte d'indépendance, etc.	1	2	3	4	5
31. Nie que le thérapeute a de l'importance pour lui, malgré des indices évidents du contraire.	1	2	3	4	5
32. Requiert ou exige un contact, un amour, etc. excessif de la part du thérapeute.	1	2	3	4	5
33. A besoin d'un réconfort excessif de la part du thérapeute.	1	2	3	4	5

34. A besoin d'une admiration excessive de la part du thérapeute.	1	2	3	4	5
35. Souhaite que le thérapeute puisse être son conjoint ou son amoureux.	1	2	3	4	5
36. Oscille entre l'idéalisation et la dévalorisation du thérapeute.	1	2	3	4	5
37. Oscille entre un investissement considérable en thérapie et l'idée de l'abandonner.	1	2	3	4	5
38. Est sexuellement séducteur ou flirt avec le thérapeute.	1	2	3	4	5
39. Place le thérapeute en opposition à une autre personne (p. ex., parent, conjoint ou autre thérapeute).	1	2	3	4	5
40. A de la difficulté à distinguer ses propres pensées et sentiments de ceux du thérapeute.	1	2	3	4	5
41. Consacre un temps considérable à songer aux, ou à fantasmer sur, le conjoint, les autres relations du thérapeute, etc.	1	2	3	4	5
42. Craint d'exprimer sa pensée par peur de provoquer une attaque de la part du thérapeute, de lui déplaire, etc.	1	2	3	4	5
43. S'efforce de ne pas ressentir ou admettre une attirance sexuelle à l'endroit du thérapeute.	1	2	3	4	5
44. Est mal à l'aise à l'idée de concevoir le thérapeute comme une figure d'autorité; tente de rejeter l'asymétrie dans la relation (p. ex.	1	2	3	4	5

en traitant le thérapeute comme un ami, un prodigueur de services, etc.).					
45. Est mal à l'aise de ne pas se sentir en contrôle dans la thérapie.	1	2	3	4	5
46. S'efforce de ne pas être, ou se sentir, dans le besoin ou dépendant dans la thérapie.	1	2	3	4	5
47. A de la difficulté à s'engager dans la thérapie; semble toujours avoir « un pied à l'extérieur ».	1	2	3	4	5
48. Semble à l'aise avec un rôle infantile en thérapie; tente d'obtenir du thérapeute des réponses de type parental.	1	2	3	4	5
49. Incite le thérapeute à être directif; veut que le thérapeute lui dise quoi faire.	1	2	3	4	5
50. Est submergé par la thérapie; est préoccupé par le thérapeute, la thérapie, etc.	1	2	3	4	5
51. Parle ouvertement et avec introspection de la relation thérapeutique.	1	2	3	4	5
52. Craint d'être abandonné par le thérapeute.	1	2	3	4	5
53. Devient enragé contre le thérapeute.	1	2	3	4	5
54. Exprime passivement de la colère, de l'hostilité ou du mécontentement, par des retards, de la difficulté à remettre à l'horaire les rencontres annulées, etc.	1	2	3	4	5
55. A besoin d'être spécial pour le thérapeute; veut être plus important pour le thérapeute que ses autres patients.	1	2	3	4	5

56. Est suspicieux à l'égard des actes, des motivations et des intentions du thérapeute.	1	2	3	4	5
57. Est excessivement intéressé, ou préoccupé, par la relation que le thérapeute entretient avec d'autres patients.	1	2	3	4	5
58. Se sent en droit d'adopter certaines conduites particulières comme exiger des faveurs spéciales, un tarif inférieur en fonction de ses revenus, etc.	1	2	3	4	5
59. S' imagine que le thérapeute et lui sont plus semblables qu'ils ne le sont réellement; semble vouloir être le « jumeau » du thérapeute.	1	2	3	4	5
60. Voit ses propres pensées ou sentiments inacceptables chez le thérapeute plutôt qu'en lui-même.	1	2	3	4	5
61. A de la difficulté à parler de ses succès, de ses accomplissements, ou de sa fierté avec le thérapeute.	1	2	3	4	5
62. A de la difficulté à parler de ses échecs ou de ses sentiments d'inadéquation avec le thérapeute.	1	2	3	4	5
63. Se sent inférieur au thérapeute.	1	2	3	4	5
64. Craint de surpasser le thérapeute; craint que ses succès mènent à l'abandon, la critique, la compétitivité, etc.	1	2	3	4	5
65. Est excessivement préoccupé par les besoins, les sentiments, etc. du thérapeute; a	1	2	3	4	5

de la difficulté à orienter la thérapie vers ses propres besoins ou son vécu.					
66. Est empathique à l'égard des sentiments du thérapeute.	1	2	3	4	5
67. Est manipulateur.	1	2	3	4	5
68. N'est pas digne de confiance; on ne peut pas compter sur lui pour dire la vérité.	1	2	3	4	5
69. Est rébarbatif, peu engageant.	1	2	3	4	5
70. Est enjoué.	1	2	3	4	5
71. Suscite des sentiments chaleureux de la part du thérapeute.	1	2	3	4	5
72. Est capable de parler ouvertement de sujets difficiles.	1	2	3	4	5
73. Craint de décevoir le thérapeute ou de lui faire défaut.	1	2	3	4	5
74. Est irritable; amène le thérapeute à se sentir comme s'il « marchait sur des oeufs ».	1	2	3	4	5
75. Suscite le sadisme, le sarcasme ou l'agressivité subtile ou manifeste du thérapeute.	1	2	3	4	5
76. Est sadique à l'endroit du thérapeute (p. ex., aime mettre le thérapeute mal à l'aise).	1	2	3	4	5
77. Teste à maintes reprises ou ne réussit pas à respecter le cadre de la relation thérapeutique.	1	2	3	4	5
78. A de la difficulté à exprimer de la colère ou de la déception envers le thérapeute, même quand le thérapeute a fait une erreur ou n'a pas été aidant.	1	2	3	4	5

79. Déclenche une crise après l'autre en thérapie, amenant un questionnement continu au sujet de la survie de la relation.	1	2	3	4	5
80. Est passif; semble s'attendre à ce que le thérapeute fasse tout le travail.	1	2	3	4	5
81. Craint de contredire ou d'être en désaccord avec le thérapeute; a de la difficulté à affirmer ses propres besoins ou points de vue.	1	2	3	4	5
82. A l'impression, ou craint, de faire « quelque chose de mal » en thérapie.	1	2	3	4	5
83. Tend à argumenter.	1	2	3	4	5
84. Présume que le thérapeute partage ses points de vue, croyances, valeurs, etc. même lorsque c'est peu probable.	1	2	3	4	5
85. Est ennuyant.	1	2	3	4	5
86. A de la difficulté à gérer les séparations (p. ex., devient bouleversé, ou nie une détresse évidente, lors de vacances).	1	2	3	4	5
87. Est en retard aux rencontres.	1	2	3	4	5
88. Parle tant ou si rapidement que le thérapeute « n'arrive pas à placer un mot ».	1	2	3	4	5
89. Exprime le souhait que le thérapeute puisse être son parent.	1	2	3	4	5
90. Est sensible aux significations verbales et non verbales des messages du thérapeute; est habile à lire les signes subtils que lui envoient les autres.	1	2	3	4	5

Appendice H

Présentation de l'Échelle d'Amplitude des Manifestations de Résistance

Présentation de l'Échelle d'Amplitude des Manifestation de Résistance

Traduction francophone et adaptation du Client Resistance Scale (CRS)

Description des modifications apportées au CRS (Mahalik, 1994)

Le CRS a été traduit par la chercheuse principale de l'étude. De plus, l'échelle a été modifiée au niveau de sa forme et de sa méthode de codification. Sur le plan de la forme de l'échelle, les éléments importants à considérer sont présentés de manière plus apparente, certains critères ont été spécifiés et un code de couleur a été intégré à l'outil pour faciliter la codification de l'intensité des manifestations de résistance (voir légende ci-dessous). Quant à la méthode de codification, plutôt que d'évaluer l'intensité des manifestations de résistance par tour de paroles, ces dernières sont évaluées par période de 10 minutes, donnant ainsi un total de 5 segments à évaluer par séance.

Légende

Intensité des manifestations de résistance						
Absence	Très faible	Faible	Modérée	Plutôt élevée	Élevée	Très élevée
Travail thérapeutique fluide			↔	Travail thérapeutique altéré		

Échelle d'Amplitude des Manifestations de Résistance

	Opposition à l'expression d'affects douloureux	Opposition au rappel de matériel	Opposition au thérapeute	Opposition au changement	Opposition à l'insight
1	-Présence de vocabulaire émotif -Présence d'affects douloureux à intensité très élevée Le patient rapporte l'expérience d'affects douloureux (actuels ou	-Le patient est l'objet du matériel -Présence de matériel détaillé -Présences d'exemples -Matériel composé d'évènements véritables Le patient est l'objet principal du matériel et le	-Le patient suit la direction amenée par le thérapeute -Le patient élabore le matériel -Le matériel abordé est approfondi significativement par l'intervention du thérapeute	-Le patient exprime le désir de changer. -Le patient semble très inconfortable avec le statu quo Le patient semble très inconfortable avec le statu quo et il exprime le désir de changer.	-Le patient verbalise sa compréhension -Le patient fait des liens entre ses sentiments, pensées et ses comportements -Le patient fait des références à son enfance pour illustrer sa compréhension

	<p>passés) en utilisant un vocabulaire émotif et : (a) le patient pleure de manière incontrôlable ou de manière bouleversante (il peine à parler ou il n'arrive pas à parler au travers de ses larmes) ou (b) le patient crie ou il hausse le ton de sa voix en faisant une tirade ou (c) l'anxiété est le thème dominant et le matériel abordé engendre de la panique.</p>	<p>matériel rapporté concerne de véritables évènements de la vie du patient. Le patient présente des évènements spécifiques de sa vie quotidienne en donnant différents exemples. Ces exemples sont construits à partir de personnes pouvant être identifiées, d'actions spécifiques et de descriptions d'évènements en utilisant un vocabulaire détaillé.</p>	<p>Le patient suit la direction amenée par le thérapeute et cela approfondit significativement le matériel abordé (plus le patient parle, plus le matériel devient significatif sur le plan émotif ou le matériel a un impact sur le patient).</p>	<p>Le patient verbalise sa compréhension et/ou il fait des liens entre ses expériences, ses sentiments, ses pensées et ses comportements. De plus, le patient offre de vieilles références historiques qui illustrent sa compréhension.</p>	
2	<p>-Présence de vocabulaire émotif -Présence d'affects douloureux à intensité modérée-élevée</p> <p>Le patient rapporte l'expérience d'affects douloureux (actuels ou passés) en utilisant un vocabulaire</p>	<p>-Le patient est l'objet du matériel -Présence de matériel détaillé -Présences d'exemples -Matériel non composé d'évènements véritables</p> <p>Le patient est l'objet principal du matériel et le matériel est généralement détaillé. Des</p>	<p>-Le patient suit la direction amenée par le thérapeute -Le patient élabore le matériel -Le matériel abordé est approfondi</p> <p>Le patient suit la direction amenée par le thérapeute et il élabore grandement le matériel (il ajoute beaucoup</p>	<p>-Le patient exprime le désir de changer. -Le patient semble inconfortable /insatisfait avec le statu quo</p> <p>Le patient semble inconfortable ou insatisfait avec le statu quo et il exprime le désir de changer.</p>	<p>-Le patient verbalise sa compréhension -Le patient fait des liens entre ses sentiments, pensées et ses comportements -Le patient fait des références à des évènements récents pour illustrer sa compréhension</p> <p>Le patient verbalise sa compréhension</p>

	émotif et : (a) le patient pleure abondamment (parle en pleurant) ou (b) il hurle (il éclate de colère pour une courte durée) ou (c) l'anxiété est le thème dominant du matériel abordé et le patient a de la difficulté à parler étant donné son anxiété.	exemples sont donnés, mais ils ne sont pas une représentation véritable d'évènements de la vie du patient.	d'informations) et/ou le patient approfondit le matériel d'une certaine façon (plus le patient parle, plus le matériel devient significatif sur le plan émotif ou il a un impact sur le patient).	et/ou il fait des liens entre ses expériences, ses sentiments, ses pensées et ses comportements. De plus, le patient offre des références historiques récentes.	
3	<p>-Présence de vocabulaire émotif -Présence d'affects douloureux à intensité faible-moderée</p> <p>Le patient rapporte l'expérience d'affects douloureux (actuels ou passés) en utilisant un vocabulaire émotif et : (a) des larmes montent aux yeux du patient ou il pleure (il parle en pleurant) ou (b) le patient hausse le ton de sa voix ou (c) l'anxiété</p>	<p>-Le patient est l'objet du matériel -Présence de matériel vague/détaillé -Présences d'exemples -Matériel non composé d'évènements véritables</p> <p>Le patient est l'objet principal du matériel et ce dernier décrit le matériel en utilisant à la fois des termes variations et détaillés. Le patient peut donner un/des exemples, mais ces derniers ne sont pas une</p>	<p>-Le patient suit la direction amenée par le thérapeute -Le patient élabore le matériel -Le matériel abordé n'est pas approfondi</p> <p>Le patient suit la direction amenée par le thérapeute et il élabore le matériel (il ajoute quelque peu d'informations), mais cela n'approfondit pas le matériel.</p>	<p>-Le patient exprime le désir de changer. -Le patient semble légèrement inconfortable /insatisfait avec le statu quo</p> <p>Le patient semble légèrement inconfortable ou légèrement insatisfait avec le statu quo dans les circonstances de sa vie actuelle et il exprime le désir de changer.</p>	<p>-Le patient verbalise sa compréhension -Le patient fait des liens entre ses sentiments, pensées et ses comportements</p> <p>Le patient verbalise sa compréhension et/ou il fait des liens entre ses expériences, ses sentiments, ses pensées et ses comportements.</p>

	est le thème dominant du matériel abordé.	représentation véritable d'évènements de sa vie.			
4	<p>-Présence de vocabulaire émotif -Absence d'affects ou indication indirecte d'affects douloureux</p> <p>Le patient rapporte l'expérience d'affects douloureux (actuels ou passés) en utilisant un vocabulaire émotif (ex: « Je me sens triste, je me sens fâché, j'ai peur » ce qui indique qu'il se sent ou il se sentait blessé/en colère/apeuré).</p>	<p>-Le patient est l'objet du matériel -Présence de matériel vague et général -Absence d'exemple</p> <p>Le patient est l'objet principal du matériel, mais le matériel rapporté n'est pas une description de véritables évènements de sa vie. Le patient décrit le matériel de manière vague, générale, il omet des détails et il n'amène pas d'exemples. Toutefois, il y a présence de matériel.</p>	<p>-Le patient suit la direction amenée par le thérapeute -Le patient n'élabore pas le matériel -Réponse minimale suite à l'intervention du thérapeute</p> <p>Le patient suit la direction amenée par le thérapeute, mais il n'élabore pas. Ce qui se produit le plus fréquemment est que le patient donne une réponse minimale de matériel dans le but de répondre à une question ou le patient ne va pas plus loin qu'où il a été amené par le thérapeute.</p>	<p>-Le patient n'exprime pas directement le désir de changer. -Le patient semble inconfortable /insatisfait avec le statu quo</p> <p>Le patient semble inconfortable ou très insatisfait avec le statu quo, mais il n'exprime pas directement le désir de changer.</p>	<p>-Le patient est d'accord avec la compréhension du thérapeute -Le patient ne fait pas de nouveaux liens</p> <p>Le patient est d'accord avec l'insight du thérapeute; il peut ajouter du matériel, mais il ne fait pas de nouveaux liens.</p>
5	<p>-Absence de vocabulaire traduisant la présence d'affects douloureux -Absence d'affect ou Indication</p>	<p>-Le patient est l'objet du matériel à moitié -Le matériel concerne d'autres personnes à la fois</p>	<p>-Le patient suit la direction amenée par le thérapeute pour une portion du matériel et il prend une autre direction ensuite</p>	<p>-Le patient n'exprime pas directement le désir de changer. -Le patient semble légèrement inconfortable</p>	<p>-Le patient exprime le désir de comprendre -Le patient fait des efforts pour se comprendre.</p> <p>Le patient exprime la volonté ou le</p>

**indirecte
d'affects**

Indications indirectes de souffrance (par exemple, le patient a de la difficulté à affronter le quotidien, il est en retrait, il semble blessé, il semble déprimé ou il se sent à terre, mais il n'utilise pas ces mots spécifiquement) de colère (par exemple, il utilise des insultes telles que « c'est un salaud! » ou des blasphèmes, il semble irrité ou inquiet (dans sa voix) sans utiliser ces mots spécifiquement, il utilise le sarcasme et/ou son ton de voix est impatient, il exprime de la frustration, il accentue certaines portions de son discours) ou d'anxiété (par exemple, il fait la liste de ses inquiétudes ou de ses

Le matériel concerne à moitié le patient.

L'autre moitié de son discours est à propos de quelqu'un d'autre ou d'autres personnes. Le patient parle de lui à la troisième personne.

Le patient réagit à la direction amenée par le thérapeute en suivant d'abord cette direction pour la moitié du matériel amené, puis il se dirige vers une direction différente de celle amenée par le thérapeute pour l'autre portion du matériel amené.

**/insatisfait avec
le statu quo**

Le patient semble légèrement inconfortable ou légèrement insatisfait avec le statu quo, mais il n'exprime pas directement le désir de changer.

désir de comprendre. Cela est démontré par des phrases telles que : « ... et je ne sais pas pourquoi! ». Le client doit tenter de comprendre et pas seulement se plaindre d'un manque de compréhension.

préoccupations, son ton de voix est anxieux ou inquiet (sans utiliser ces mots spécifiquement), le discours est pressurisé, on commence à entendre un stress, on commence à entendre des inquiétudes/de l'anxiété, le matériel amené par le patient contient les thèmes d'être anxieux, d'être préoccupé, d'être agité.)

6	<p>- Transformation importante des contenus émotifs -Absence d'affects douloureux</p> <p>Intellectualisation, transformation de contenus émotifs douloureux en cognitions (par exemple, « même si je me suis senti blessé/en colère/anxieux après ce qui s'est passé, cela est réaction aux</p>	<p>-Le patient n'est pas l'objet du matériel -Le matériel est peu élaboré, les réponses sont minimales</p> <p>Le matériel amené par le patient ne le concerne pas, ou presque pas, il est à propos de quelqu'un d'autre ou des autres. Les réponses du patient sont minimales ou elles sont une réponse fermée à</p>	<p>-Le patient reconnaît le thème amené par le thérapeute, mais il se dirige vers une direction différente.</p> <p>Réponse tangentielle quant à la direction amenée par le thérapeute (le patient reconnaît le thème amené par le thérapeute puis il se dirige vers une direction différente).</p>	<p>-Le patient semble confortable/satisfait du statu quo -Affirmation neutre ou informative</p> <p>Le patient semble confortable ou satisfait avec le statu quo dans les circonstances de sa vie actuelle et cela se caractérise par des déclarations neutres ou par des affirmations qui ne reflètent pas une satisfaction ou</p>	<p>-Le patient ne verbalise pas de commentaire qui suggère une compréhension du matériel</p> <p>-Le patient ne semble pas faire d'effort pour se comprendre</p> <p>Le client ne verbalise pas de commentaires suggérant sa compréhension du matériel. Il peut rapporter du matériel factuel ou discuter de</p>
---	--	---	---	---	--

	attentes trop exigeantes que je m'impose »); un rire couvre des affects douloureux).	la suite d'une question fermée du thérapeute (par exemple, il répond par « oui » ou « non », par une absence de réponse ou par une réponse courte peu élaborée).		une insatisfaction avec le statu quo, il donne des réponses de type informatives.	matériel d'une manière qui n'indique pas une tentative de parvenir à un insight.
7	<p>-Absence de contenu pouvant mener l'élaboration d'affects</p> <p>-Absence d'affects douloureux</p> <p>Un autre type de travail est accompli. Les réponses sont informatives, le patient n'aborde pas des sujets où des sentiments négatifs ont été ressentis, présence de rire, le patient exprime des faits ou l'échange prend la forme d'une conversation.</p>	<p>-Absence de matériel</p> <p>Le patient n'apporte pas de matériel. Il offre des réponses telles que : « je ne sais pas », « je ne me souviens pas », il est en silence ou il apporte du matériel de manière complètement tangentielle ce qui fait qu'il est impossible d'y répondre (matériel inintelligible ou sujets superficiels abordés tels que la température).</p>	<p>-Le patient bloque les sujets amenés par le thérapeute.</p> <p>Le patient bloque activement les sujets amenés par le thérapeute.</p>	<p>-Le patient exprime de l'opposition quant au changement.</p> <p>Le patient exprime de l'opposition quant au changement (réponses du type : « ce n'est pas mon problème, c'est aux autres de changer », « je m'aime comme je suis », « je ne veux pas être ici, on m'a envoyé ici »).</p>	<p>-Le patient s'oppose à comprendre.</p> <p>En réponse à l'insight ou au matériel amené par le thérapeute, le patient s'oppose activement à comprendre (il dit par exemple: « Je ne veux pas y réfléchir », « Je n'ai pas de problème », « Le problème est à l'extérieur, il n'est pas à l'intérieur de moi »).</p>

Participant :

Séance :

Tableau d'enregistrement de l'ÉAMR

Temps	Type de résistance	Notes	Intensité (1 à 7)
0-10 minutes	OA (opposition à l'affect)		
	ORM (rappel de matériel)		
	OT (thérapeute)		
	OC (changement)		
	OI (insight)		
Dissolution			
10-20 minutes	OA (opposition à l'affect)		
	ORM (rappel de matériel)		
	OT (thérapeute)		
	OC (changement)		
	OI (insight)		
Dissolution			
20-30 minutes	OA (opposition à l'affect)		
	ORM (rappel de matériel)		

	OT (thérapeute)		
	OC (changement)		
	OI (insight)		
Dissolution			
30-40 minutes	OA (opposition à l'affect)		
	ORM (rappel de matériel)		
	OT (thérapeute)		
	OC (changement)		
	OI (insight)		
Dissolution			
40-fin	OA (opposition à l'affect)		
	ORM (rappel de matériel)		
	OT (thérapeute)		
	OC (changement)		
	OI (insight)		
Dissolution			

Appendice I

Présentation de la section du Psychodynamic Intervention Rating Scale utilisée

Présentation de la section du Psychodynamic Intervention Rating Scale utilisée

Traduction et adaptation du Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS)

Description des modifications apportées au PIRS de Cooper, Bond, Audet, Boss & Csank (2002)

La portion destinée à la codification des interventions interprétatives du PIRS a été traduite par la chercheuse principale de l'étude. Quelques modifications ont été accomplies : les sections interprétations des défenses et interprétations du transfert ont été précisées en les qualifiant d'interprétations de la résistance ou d'interprétations du transfert négatif.

Procédure de codification des interventions interprétatives (PIRS)

1. Interprétation de la résistance

Une remarque du thérapeute servant à relever, à pointer ou à expliquer les motifs sous-jacents à :

-Des processus qui entravent ou diminuent l'expression de l'affect. Bien que l'intervention soit appelée *interprétation de la résistance*, elle réfère aux aspects d'un conflit dynamique, dont les désirs, les angoisses et les défenses.

-Des processus amenant le patient à changer de sujet (contenu) ou à discuter d'une autre personne (ou représentation).

Les interprétations abordent un processus dont le patient n'est pas conscient. Si l'interprétation constitue un simple reflet ou une reformulation de ce que le patient vient de révéler, sans ajouter de contenu nouveau, cela ne constitue pas une intervention interprétative.

Il n'y a pas de catégorie d'intervention nommée confrontation. Amener l'attention du patient vers ce qui semble être de l'évitement constitue une interprétation. L'interprétation des défenses inclut toutes interventions dirigées vers toutes parties d'un conflit dynamique (désir, angoisse ou défense).

Échelle de mesure :

Score 1 : *Mode de la résistance/affect derrière la résistance* : Lorsque le thérapeute spécifie le mode utilisé pour diminuer l'affect ou pour brouiller le sens d'un contenu ou lorsque le thérapeute relève un affect.

Exemples :

- a) Je remarque que vous me répondez souvent « je ne sais pas » lorsque vous semblez triste.
- b) Avez-vous l'impression que vous me parlez uniquement de ses forces pour une raison particulière?
- c) Lorsque nous discutons de votre mère, vous avez ensuite changé de sujet.
- d) Comment est-ce frustrant pour vous de voir votre père dans cette condition?

Score 2 : *Mode de la résistance et affect derrière la résistance*: Lorsque le thérapeute spécifie à la fois le mode utilisé pour diminuer l'affect ou pour brouiller le sens d'un contenu et qu'il relève un affect.

Score 3 : *Mode de la résistance et exploration du motif de la résistance*: Lorsque le thérapeute fait allusion au mode utilisé pour diminuer l'affect ou pour brouiller le sens d'un contenu et qu'il s'interroge quant au motif sous-jacent (sans le spécifier).

Exemples :

- a) Peut-être que vous ne vous permettez pas d'élaborer cette idée davantage par peur de quelque chose...
- b) Lorsque vous discutiez de votre mère, vous avez changé de sujet. Je me demande ce qui vous rend anxieux par rapport à vos émotions face à votre mère.

Score 4 : *Mode de la résistance et motif de la résistance* : Le thérapeute fait une remarque faisant à la fois allusion à un processus d'évitement ou à un processus de diminution de l'affect (le mode) et au motif expliquant pourquoi cet affect doit être évité ou diminué.
Note : Même si un motif spécifique est abordé la remarque peut être formulée de manière spéculative.

Exemples :

- a) J'ai l'impression que vous me nommez uniquement ses qualités dans le but d'éviter de vous sentir déçu d'elle.
- b) J'ai l'impression que vous utilisez ces événements afin de vous sentir moins coupable par rapport à ce qui vous arrive de plus positif.
- c) Peut-être êtes-vous effrayé d'être en contact avec ces images meurtrières par peur de contacter votre agressivité.

Score 5 : *Mode de la résistance, motif de la résistance et lien quant à une relation passée* : Le thérapeute spécifie le processus défensif (le mode), le motif et propose un lien par rapport à une relation passée.

Exemples :

- a) Je remarque que vous avez arrêté de parler de votre mère pour me parler de la température lorsque vous êtes devenu en colère. Je me demande si vous vous sentez anxieux par rapport au fait que vous ressentez de la colère étant donné votre impression de ne pas être suffisamment reconnaissant de ce que fait votre mère pour vous.
- b) Je crois que vous êtes en colère que Katie vous ignore. Vous semblez vous préoccuper d'elle puisqu'elle vous rappelle votre mère. Vous n'avez jamais eu l'impression que votre mère se souciait de vous, peu importe ce que vous faisiez.

2. Interprétation du transfert

Des remarques du thérapeute servant à relever, à pointer, à réfléchir à (...) ou à expliquer l'expérience du patient quant à ses relations interpersonnelles. Ces remarques peuvent inclure ou non une interprétation du transfert qui comporte une explication ou une reconstruction de l'histoire développementale du patient et la répétition de cette histoire dans l'actuel.

Score 1 : *Allusion par rapport au thérapeute ou à la relation thérapeutique* : Lorsque le thérapeute fait allusion à ... (qu'il remarque ou qu'il questionne) un propos du patient en faisant référence à quelques choses à propos de lui (le thérapeute) ou à propos de l'interaction entre lui (le thérapeute) et son patient. Les motifs et/ou les reconstructions ne sont pas incluses dans ces remarques ou questionnements.

Exemples :

- a) Vous pensez que si vous dites une telle chose je serais insulté ?

b) Vous semblez avoir peur de m'en dire plus sur comment vous vous sentez.

Score 2 : *Mode du transfert et affect dans le transfert* : Lorsque le thérapeute spécifie à la fois le mode utilisé pour diminuer l'affect ou brouiller le sens et qu'il relève également un affect présent dans le contexte de la relation thérapeutique.

Exemple :

a) T : On peut se demander si vous vous en demandez trop en étant ici. Vous n'êtes pas censé demander de l'aide aux autres.

Score 3 : *Exploration du motif du transfert* : Lorsque l'affect ressenti envers le thérapeute a été établi et que le thérapeute approfondi l'exploration afin de mieux saisir le motif derrière l'affect. Ces remarques interprétatives ont pour objectif d'amener le patient à élaborer son expérience perceptive. Les motifs ne sont pas encore totalement inclus dans ces remarques ou questionnements. Les questions en lien avec la répétition actuelle de conflits développementaux dans la relation thérapeutique sont incluses ici.

Exemples :

a) Pouvez-vous m'en dire un peu plus à propos de pourquoi je pourrais souhaiter que vous vous sentiez petit et démuni face à moi?

b) Donc, est-ce que vous suggérez que je serais aussi ignorant que votre père à propos de comment vous pouvez vous sentir impuissant et coupable face à votre frère?

Score 4 : *Mode du transfert et motif du transfert* : Lorsque le processus (le mode) et les motifs derrière l'expérience du patient de la relation thérapeutique sont abordés.

Exemple :

a) Peut-être y a-t-il une autre raison derrière votre oubli de notre séance de la semaine passée. Peut-être avez-vous été programmé à rester seul lorsque vous allez mal afin de ne pas être lourd pour l'autre.

Score 5 : *Mode du transfert, motif du transfert et lien quant à une relation passée* : Lorsque le processus (le mode) et les motifs derrière l'expérience du patient de la relation thérapeutique sont abordés et un lien par rapport au passé est proposé.

Exemples :

a) Lorsque j'arrive en retard, vous avez la crainte que je préférerais être avec la «belle» patiente que je vois avant vous. Il me semble que cela ressemble à ce que vous ressentiez

lorsque vous aviez l'impression que votre mère préférait la présence de votre sœur à la vôtre.

b) Vous aimeriez sentir que ce que je vous donne est un lait crémeux comme dans votre rêve que vous me racontiez aujourd'hui. Pas un noyau d'olive comme dans le rêve de la semaine passée. Vous voulez que je sois une mère différente, une qui n'attend pas votre demande et qui vous donne ce dont vous avez besoin.

Appendice J

Journal de la thérapeute

Journal de la thérapeute

Numéro de participant	
Date de la séance	
Séance #	

1. Décrivez en quelques mots la séance de psychothérapie en décrivant les thèmes abordés, vos impressions et votre ressenti.
2. Décrivez la qualité de l'alliance thérapeutique lors du début de la séance en donnant quelques signes que vous avez observés pour justifier votre perception.
3. Avez-vous remarqué la présence de manifestations de résistance pendant la séance? Décrivez les signes observés.
4. Quel semblait être l'impact des manifestations de résistance sur la qualité de l'alliance? Décrivez les signes observés.
5. Comment le travail clinique de la résistance a-t-il été accompli pendant la séance? Comment le patient a-t-il réagi à ces interventions? Donnez des signes à l'appui de votre perception.
6. Avez-vous remarqué la présence de transfert pendant la séance? Décrivez les signes observés.
7. Comment le travail clinique du transfert a-t-il été accompli pendant la séance? Comment le patient a-t-il réagi à ces interventions? Donnez des signes à l'appui de votre perception.
8. Décrivez vos impressions quant à l'effet du transfert sur les manifestations et le travail de la résistance. Quels sont les signes observés?
9. Quelles sont les interventions qui ont semblé aidantes pour le patient, selon votre perception? Décrivez les signes observés quant à l'impact de ces interventions.
10. Décrivez la qualité de l'alliance thérapeutique à la fin de la séance en revenant sur les signes observés.

Appendice K

Méthode de complétion du tableau d'enregistrement de l'Échelle d'Amplitude des
Manifestations de Résistance pour l'inter-juges

Méthode de complétion du tableau d'enregistrement de l'Échelle d'Amplitude des Manifestations de Résistance pour l'inter-juges

1. La codificatrice écoute la séance sélectionnée en entier afin de se familiariser avec le contenu de la rencontre.
2. La codificatrice ouvre le tableau d'enregistrement de l'amplitude des variations de résistance sur l'écran de son ordinateur.

Tableau d'enregistrement de l'amplitude des variations de résistance

	Type de résistance :	Notes	Intensité (de 1 à 7)
Segment 1 : 0-10 minute	OA (opposition à l'expression d'affects douloureux)		
	ORM (opposition au rappel de matériel)		
	OT (opposition au thérapeute)		
	OC (opposition au changement)		
	OI (opposition à l'insight)		

3. La codificatrice a en main l'échelle d'amplitude des manifestations de résistance en version papier (voir Appendice H). Elle lit de nouveau l'échelle avant de procéder à l'écoute du segment à codifier.
4. La codificatrice démarre l'écoute du premier segment de 10 minutes sélectionné.

5. Pendant l'écoute du segment de 10 minutes : pour faciliter l'enregistrement de l'amplitude des variations de résistance, la codificatrice est encouragée à prendre des notes dans la colonne « Notes » du tableau par rapport à ses observations quant à la manifestation des différents types de résistance dans le segment évalué. Elle écrit ses notes en se référant aux critères de l'Échelle d'amplitude des variations de résistance. La codificatrice peut écrire brièvement ses observations par rapport :
 - a. Aux affects du patient* (p.ex., les affects sont exprimés librement ou intellectualisés)
 - b. À la facilité du patient à associer sur du matériel (qui le concerne) et à le décrire dans des termes précis
 - c. Au désir de changer du patient
 - d. Aux réactions du patient face aux interventions de la thérapeute (le patient approfondi le matériel et suit la direction amenée par la thérapeute ou il semble aller dans une direction opposée)
 - e. À la capacité du patient à émettre des insights (p.ex., le patient fait des liens ou il semble éviter de réfléchir à se comprendre par exemple).

6. Après l'écoute d'un segment de 10 minutes : la codificatrice met en pause l'enregistrement. Elle codifie alors le niveau d'intensité de chaque type de manifestation de résistance en se basant sur les indications de l'échelle d'amplitude des variations de résistance. La codificatrice note le niveau d'intensité qui lui semble être le plus représentatif du segment. Si le segment de 10 minutes comporte différents niveaux de résistance, la codificatrice enregistre alors le niveau le plus faible de résistance du segment. La codificatrice se réfère aux critères et aux exemples présentés pour chaque niveau d'intensité de résistance lorsqu'elle codifie un segment. Elle relit les critères à la fin de chaque segment pour s'assurer que l'intensité choisie correspond bien au niveau le plus faible de résistance du segment.

7. La codificatrice procède à la cotation du prochain segment de 10 minutes en répétant les étapes ci-dessus.

* La codificatrice observe la présence et l'intensité de ces émotions : de la souffrance ou de la dépression (p.ex., thème d'un deuil actuel ou d'une perte perçue, déprime, déception ou être négatif à propos de soi), de la colère (p.ex., thème en lien avec l'envie de contre-attaquer ou de se mobiliser dans le but de se protéger) ou de l'anxiété (p.ex., thème en lien avec une préoccupation ou un malaise quant à une perte appréhendée).

Appendice L

Résultats du processus d'accord inter-juges

Résultats du processus d'accord inter-juges

Tableau des résultats à l'inter-juges

Patient.Segment.Résistance	Juge 1	Juge 2	Écart
1.1.OA	3	4	1
1.1 ORM	2	3	1
1.1 OT	4	3	1
1.1 OC	4	4	0
1.1 OI	5	5	0
1.2.OA	5	5	0
1.2 ORM	2	3	1
1.2 OT	4	4	0
1.2 OC	4	4	0
1.2 OI	5	5	0
1.3.OA	4	5	1
1.3 ORM	2	3	1
1.3 OT	4	4	0
1.3 OC	3	4	1
1.3 OI	4	5	1
2.1.OA	4	4	0
2.1 ORM	3	1	2
2.1 OT	2	2	0
2.1 OC	3	2	1
2.1 OI	3	4	1
2.2.OA	2	2	0
2.2 ORM	4	3	1
2.2 OT	1	2	1
2.2 OC	2	3	1
2.2 OI	3	3	0
2.3.OA	1	1	0
2.3 ORM	3	3	0
2.3 OT	2	1	1
2.3 OC	1	4	3
2.3 OI	1	1	0

Tableau des résultats à l'inter-juges (suite)

Patient.Segment.Résistance	Juge 1	Juge 2	Écart
3.1.OA	5	5	0
3.1 ORM	2	3	1
3.1.OT	3	4	1
3.1.OC	3	3	0
3.1.OI	4	5	1
3.2.OA	5	5	0
3.2 ORM	1	1	0
3.2.OT	4	4	0
3.2.OC	4	4	0
3.2.OI	6	4	2
3.3.OA	5	5	0
3.3 ORM	3	3	0
3.3.OT	3	3	0
3.3.OC	4	4	0
3.3.OI	6	5	1

Description des codes utilisés lors de la complétion de l'échelle d'amplitude
des variations de résistance

Intensité (1 à 7)	1	2	3	4	5	6	7
Opposition à l'expression d'affects douloureux (OA)	-Présence de vocabulai- re émotif -Présence d'affects douloureux à intensité très élevée	-Présence de vocabulai- re émotif -Présence d'affects douloureux à intensité modérée- élevée	-Présence de vocabulai- re émotif -Présence d'affects douloureux à intensité faible- modérée	-Présence de vocabulai- re émotif -Absence d'affect ou indication indirecte d'affects douloureux	-Absence de vocabulai- re traduisant la présence d'affects douloureux -Absence d'affect ou indication indirecte d'affects douloureux	-Transfor- mation importante des contenus émotifs -Absence d'affect douloureux	-Absence de contenu pouvant mener vers l'élaborati- on d'affects -Absence d'affect douloureux
Opposition au rappel de matériel (ORM)	-Le patient est l'objet du matériel -Présence de matériel détaillé -Présence d'exem- ples -Matériel composé d'évène- ments véritables	-Le patient est l'objet du matériel -Présence de matériel détaillé -Présence d'exem- ples -Matériel non composé d'évène- ments véritables	-Le patient est l'objet du matériel -Présence de matériel vague/dé- taillé -Présence d'exem- ples -Matériel non composé d'évène- ments véritables	-Le patient est l'objet du matériel -Présence de matériel vague et général -Absence d'exemple	-Le patient est partielle- ment l'objet du matériel -Le matériel concerne également d'autres personnes	-Le patient n'est pas l'objet du matériel -Le matériel est peu élaboré, les réponses sont minimales	-Absence de matériel

Opposition au thérapeute (OT)	-Le patient suit la direction amenée par la thérapeute	-Le patient suit la direction amenée par la thérapeute	-Le patient suit la direction amenée par la thérapeute	-Le patient suit la direction amenée par la thérapeute	-Le patient suit la direction amenée par la thérapeute pour une portion du matériel et il prend une autre direction ensuite	-Le patient reconnait le thème amené par la thérapeute, mais il se dirige vers une direction différente	-Le patient bloque les sujets amenés par la thérapeute
	-Le patient élabore le matériel	-Le patient élabore le matériel	-Le patient élabore le matériel	-Le patient n'élabore pas le matériel			
	-Le matériel abordé est approfondi significati- vement suite à l'interven- tion de la thérapeute	-Le matériel abordé est approfondi	-Le matériel abordé n'est pas approfondi	-Réponse minimale suite à l'interventi- on de la thérapeute			
Opposition au changement (OC)	-Le patient exprime le désir de changer	-Le patient exprime le désir de changer	-Le patient exprime le désir de changer	-Le patient n'exprime pas directe- ment le désir de changer	-Le patient n'exprime pas directe- ment le désir de changer	-Le patient semble confortable /satisfait du statu quo	-Le patient exprime de l'opposi- tion quant au change- ment
	-Le patient semble très inconforta- ble avec le statu quo	-Le patient semble inconforta- ble /insatisfait avec le statu quo	-Le patient semble légèrement inconforta- ble /insatisfait avec le statu quo	-Le patient semble inconforta- ble /insatisfait avec le statu quo	-Le patient semble légèrement inconforta- ble /insatisfait avec le statu quo	-Affirmati- on neutre ou informati- ve	

Opposition à l'insight (OI)	-Le patient verbalise sa compréhension	-Le patient verbalise sa compréhension	-Le patient verbalise sa compréhension	-Le patient est d'accord avec la compréhension de la thérapeute	-Le patient exprime le désir de comprendre	-Le patient ne verbalise pas de commentai-re qui suggère une compréhension du matériel	-Le patient s'oppose à comprendre
	-Le patient fait des liens entre ses sentiments, pensées et ses comportements	-Le patient fait des liens entre ses sentiments, pensées et ses comportements	-Le patient fait des liens entre ses sentiments, pensées et ses comportements	-Le patient ne fait pas de nouveaux liens	-Le patient fait des efforts pour comprendre	-Le patient ne semble pas faire d'effort pour comprendre	
	-Le patient fait des références à son enfance pour illustrer sa compréhension	-Le patient fait des références à des événements récents pour illustrer sa compréhension					

Calcul du coefficient alpha de Krippendorff

1. Équation simplifiée du coefficient alpha de Krippendorff

$$\alpha = \frac{Pa - Pe}{1 - Pe}$$

Pa = pourcentage pondéré de concordance

Pe = pourcentage pondéré de concordance liée à la chance

2. Résultat au calcul du coefficient alpha de Krippendorff au moyen du logiciel SPSS

Estimé de la fiabilité des résultats au moyen de l'alpha de Krippendorff (variables à intervalle) = 0,77 (IC95% [0,61 ; 0,88])

Appendice M

Présentation des interventions interprétatives de la thérapeute

Présentation des interventions interprétatives de la thérapeute

Participant 1

Intervention interprétative ciblée lors des moments saillants du suivi du patient 1

Séance	Repère audio (temps au début de l'intervention)	Intervention interprétative ou non interprétative (I ou NI)	Travail clinique du transfert ou de la résistance (T ou R)	Score PIRS	Résumé de l'intervention
8	42,06	I	R	2	« Si on prend un moment pour observer ce qui se passe ici en séance, je remarque que lorsque vous avez abordé votre enfance, bien qu'il y avait de la frustration, vous sembliez mener un combat pour sortir de l'émotion et aller vers des exemples plus intellectuels, comme si l'émotion était intolérable ».

Participant 2

Interventions interprétatives ciblées lors des moments saillants du suivi du patient 2

Séance	Repère audio (temps au début de l'intervention)	Intervention interprétative ou non interprétative (I ou NI)	Travail clinique du transfert ou de la résistance (T ou R)	Score PIRS	Résumé de l'intervention
5	24,45	I	R	4	« Je remarque que lorsque vous me parlez de vos insatisfactions, il semble ardu de me décrire ce que vous vivez, comme si quelques choses vous échappaient. Je me demande si c'est une façon inconsciente pour vous de ne pas avoir accès à votre colère, de peur que cette dernière soit débordante... »
12	30,25	I	R	3	« J'ai l'impression qu'il y a une fonction aux absences. Lorsqu'on accomplit quelques séances consécutives, on semble s'approcher de quelque chose d'angoissant. Comme si l'espace thérapeutique vous permettait de contacter des émotions qui vous mettent mal à l'aise et qu'il fallait alors mettre à distance cet espace de réflexion ».

Participant 3

Interventions interprétatives ciblée lors des moments saillants du suivi du patient 3

Séance	Repère audio (temps au début de l'intervention)	Intervention interprétative ou non interprétative (I ou NI)	Travail clinique du transfert ou de la résistance (T ou R)	Score PIRS	Résumé de l'intervention
3	33,38	I	T	3	« Vous me racontez plusieurs exemples où il est difficile de faire confiance à vos proches. Avez-vous l'impression que votre difficulté à faire confiance pourrait se manifester entre nous? Vous pourriez sentir que vous vous ouvrez, vous vous livrez à cette psychothérapie, tout en sachant déjà qu'il y aura une fin. Comme si vous devez encore une fois vous adapter à une limite dans le but de pouvoir recevoir ».
7	39,20	I	R	3	« Je remarque que vous présentez souvent ce qui vous fait souffrir avec humour ou avec le sourire. Comme s'il ne fallait pas que ça devienne trop lourd. Le remarquez-vous aussi? »
7	53,47	I	T	4	« Il semble de plus en plus frustrant pour vous de venir ici... J'ai l'impression que ça vous fait contacter le sentiment de vous sentir sans ressource et démunie alors que moi, plutôt que de vous dire comment régler vos difficultés, je vous laisse seul dans cette position ».

Appendice N

Liste complète des mémos utilisés à la création des métas mémos

Liste complète des mémos utilisés à la création des métas mémos

Présentation des mémos pour chaque moment saillant du participant 1

Moment saillant 1.1

Codes	Mémos
P1S2Q4	Comme le patient semble éviter des contenus pouvant susciter des affects douloureux et qu'il utilise peu les interventions pour approfondir sa réflexion, il en résulte que le travail thérapeutique est peu collaboratif.
P1S2Q10	Le patient déploie une dynamique transférentielle de contre-dépendance. Les résistances semblent être orchestrées en fonction de cette dynamique.

Moment saillant 1.2

Codes	Mémos
P1S8Q4	L'intensité des manifestations de résistance semble entraver la capacité à collaborer et à réfléchir dans un effort commun.
P1S8Q6	Le patient met en scène une dynamique transférentielle où l'aide ne peut être acceptée comme elle semble insuffisante. Les manifestations de résistance favorisent ce processus en maintenant le patient dans des sujets factuels et en l'amenant à ignorer les interventions, ce qui contribue au contre-transfert négatif.
P1S8Q8	Les manifestations de résistance aux affects douloureux et à l'insight du patient semblent témoigner de sa difficulté à s'ouvrir et à se laisser aller à faire confiance.
P1S8Q9	Un travail de la résistance à l'affect douloureux a été accompli. Le patient a réagi à cette intervention en se mettant davantage en posture réflexive et en faisant quelques associations l'amenant à aborder un contenu significatif.
P1S8Q10	À la suite du travail de la résistance, la qualité du lien et la capacité à collaborer se sont améliorées.

Moment saillant 1.3

Codes	Mémos
P1S13Q1	La dynamique transférentielle du patient le place dans une position d'opposition passive. Cette dynamique semble engendrer deux réponses contre-transférentielles négatives qui nuisent à la collaboration : une réponse complémentaire de prise en charge ou une réponse concordante de passivité impuissante.
P1S13Q4	La qualité du lien thérapeutique a été peu affectée par l'intensification du transfert et de la résistance observée dans les dernières séances. La capacité à collaborer était davantage instable et elle semblait sensible à la présence de manifestations de transfert et de résistance.
P1S13Q6	Alors que la fin du suivi approche, le transfert ne semble pas se déployer librement dans la relation thérapeutique.
P1S13Q8	Le travail de la résistance à aborder la fin du suivi est accompli en reflétant au patient que nous n'avons pas exploré son vécu quant à la terminaison des séances. L'intervention n'a pas permis de dissoudre la résistance à aborder la fin : le patient n'a pas approfondi sur ce sujet.
P1S13Q9	Un travail interprétatif, permettant d'adresser le transfert parallèle en lien avec la fin du suivi, est accompli en proposant qu'une dynamique soit répétée dans les relations interpersonnelles du patient : l'autre ne lui donne pas suffisamment et le laisse seul. Il a semblé validant pour le patient de légitimer sa colère quant à ses impressions face aux autres.

Moment saillant 1.4

Codes	Mémos
P1S14Q2	Suite au travail des séances précédentes, les manifestations de résistance du patient semblent moins élevées en intensité : le patient est dans une posture plus réflexive et il a davantage accès à des affects douloureux, ce qui permet au travail thérapeutique d'être davantage collaboratif.
P1S14Q3	Il a été possible d'explorer le vécu du patient en lien avec la fin du suivi en tolérant la présence de résistances : le patient aborde la fin au travers d'expériences passées de fin de relations. Les résistances reprennent en intensité lorsque la relation thérapeutique est abordée directement.

Présentation des mémos pour chaque moment saillant du participant 2

Moment saillant 2.1

Codes	Mémos
P2S4Q3	Une rupture d'alliance, se manifestant sous la forme de quatre absences consécutives en suivi, a été travaillée en explorant de manière empathique le sens des absences du patient et en traduisant en mots les angoisses soulevées par la thérapie.
P2S4Q7	À la suite d'une séance où l'intensité des résistances était moins élevée et que le transfert a été exploré et mis en mots, le patient semble plus défensif et il évite de réfléchir à la relation thérapeutique en maintenant un transfert idéalisé.

Moment saillant 2.2

Codes	Mémos
P2S5Q9	À la suite d'une intervention visant à explorer le motif de la résistance à l'affect douloureux et au rappel de matériel, le patient est en mesure d'associer sur des souvenirs d'enfance pénibles accompagnés d'affect douloureux. Le patient semble angoissé de s'être permis d'exprimer des affects négatifs.

Moment saillant 2.3

Codes	Mémos
P2S9Q6	Le transfert se présente de manière clivée : un transfert idéalisé est observé dans le discours du patient alors que le transfert négatif se manifeste par des absences. En séance, la résistance semble restreindre l'apparition du transfert négatif en maintenant chez le patient de l'angoisse quant à se révéler en thérapie.
P2S9Q9	Le travail de la résistance au changement est accompli par le biais d'une exploration des affects et du motif liés à la résistance. Le patient a réagi à cette intervention en nommant ses craintes en lien avec le changement.
P2S9Q10	Le travail de la résistance semble avoir contribué à mettre le patient en contact avec un affect d'angoisse à la fin de la rencontre. La connexion à cet affect semble avoir affecté l'alliance en générant davantage de réticences chez le patient à se connecter à ses émotions.

Moment saillant 2.4

Codes	Mémos
P2S12Q3	Le patient a manqué les deux dernières séances à la suite de la présence d'un transfert négatif et de résistance accrue. En séance, il arrive à se mettre dans une position de vulnérabilité propice au travail thérapeutique.
P2S12Q5	Le travail de la résistance en lien avec les absences a amené le patient à aborder des contenus chargés en affects douloureux qu'il évitait activement dans les rencontres précédentes.
P2S12Q6	Les résistances du patient semblent le préserver d'une dynamique de dépendance où il pourrait se sentir trop demandant. En séance, il oscille ainsi entre une posture de vulnérabilité et une posture défensive qui semble à la source des absences en thérapie. Cette dynamique transférentielle est explorée en collaboration avec le patient et ce dernier se sent ensuite compris et validé.
P2S12Q10	À la suite d'un travail de la résistance qui a permis le dévoilement d'aspects vulnérables, la qualité de l'alliance semble solidifiée. Le lien avec le patient semble plus intime et marqué par la confiance.

Moment saillant 2.5

Codes	Mémos
P2S14Q4	Malgré la présence de manifestations de résistance, ces dernières ne semblent pas altérer le lien thérapeutique et elles n'entravent pas complètement la capacité à travailler dans un effort commun.
P2S14Q6	Le transfert négatif semble surtout se manifester au travers des absences du patient. L'exploration du transfert permet d'approfondir ses craintes quant à la psychothérapie de manière collaborative telles que la peur d'aborder sa colère.
P2S14Q10	Le travail de la résistance qui a été accompli dans les dernières séances semble avoir eu des effets positifs sur la qualité de l'alliance thérapeutique : les difficultés du patient ont été

élaborées dans un effort commun et la relation thérapeutique semble être apaisante pour le patient.

Présentation des mémos pour chaque moment saillant du participant 3

Moment saillant 3.1

Codes	Mémos
P3S3Q4	L'intensité des manifestations de résistance semble entraver la capacité à accomplir le travail thérapeutique dans un effort commun de mise en sens des difficultés du patient. Toutefois, la qualité du lien ne semble pas affectée.
P3S3Q9	Une intervention visant à interpréter l'effet de la limite des séances sur le patient en lien avec ses dynamiques relationnelles a eu pour effet d'améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique.

Moment saillant 3.2

Codes	Mémos
P3S7Q5	Un travail de la résistance aux affects douloureux a été accompli en reflétant au patient le mode de la résistance - la transformation des affects douloureux - en utilisant l'humour. L'intervention a semblé engendrer des manifestations de transfert négatif chez le patient qui a entendu l'intervention comme une critique.
P3S7Q7	Le transfert hostile en lien avec l'impression du patient que la thérapie le laisse seul avec ses émotions négatives est mis en mots au travers d'une co-construction d'une métaphore pour illustrer ce ressenti.
P3S7Q8	Une intervention visant à refléter la résistance à l'affect a eu pour effet d'accentuer le transfert hostile. Le transfert négatif a pu être élaboré, mais le lien a ensuite été ressenti comme étant plus fragile.
P3S7Q10	Le travail de la résistance et l'augmentation des manifestations de transfert négatif ont semblé fragiliser la qualité de l'alliance : le patient semblait ambivalent quant à son suivi en psychothérapie.

Moment saillant 3.3

Codes	Mémos
P3S8Q4	Les manifestations de résistance sont élevées en intensité : le patient présente un discours anecdotique qui prête peu à la réflexion ou à l'expression d'affects douloureux et il n'utilise pas les interventions de la thérapeute pour approfondir sa réflexion. Comme l'alliance thérapeutique semble avoir été fragilisée lors de la dernière séance, les résistances apparaissent comme une indication de ne pas intervenir pour protéger la qualité de l'alliance thérapeutique.

Moment saillant 3.4

Codes	Mémos
P3S13Q2	Le travail de la résistance accompli lors de la dernière séance semble permettre au patient d'adopter une posture réflexive et ainsi d'aborder le thème de la fin du suivi de manière collaborative.
P3S12Q5	Les manifestations de résistance semblent augmenter en intensité en lien avec la fin du suivi qui approche.
P3S13Q9	Le travail de la résistance qui a été accompli dans les dernières séances semble permettre au patient des réalisations importantes quant à ses angoisses et ses besoins. Le patient est en mesure d'aborder ses sujets sensibles et de les explorer de manière collaborative.
P3S12Q10	Le travail de la résistance semble engendrer une augmentation des manifestations de transfert négatif et altérer la qualité de l'alliance avec le patient en amenant ce dernier à se sentir critiqué et incompris.

Moment saillant 3.5

Codes	Mémos
P3S15Q6	Le patient met en place une dynamique transférentielle où il ressent qu'il doit se débrouiller seul malgré sa souffrance puisque l'autre refuse son aide. Un affect d'hostilité accompagne cette dyade.
P3S15Q8	La résistance semble au service d'un transfert négatif : l'opposition au thérapeute et l'opposition à l'insight maintiennent une dynamique transférentielle où il n'est pas possible de dépendre de l'autre. Ce transfert et son affect d'hostilité affectent la qualité du lien et rendent la collaboration ardue.
P3S15Q9	En fin de séance, à la suite d'un travail sur la résistance qui permet au patient de nommer ses craintes quant à la poursuite de la thérapie, les manifestations de résistance semblent moins élevées en intensité et la qualité de l'alliance semble plus positive.

Création des mémas mémos au moyen de la mise en commun de mémos***Présentation des mémas mémo par objectif******Objectif 1***

- | | | |
|----|--|--|
| 1. | La capacité à collaborer entre la thérapeute et le patient est moins stable que la qualité de leur lien à travers le suivi. | P1S8Q4
P1S13Q1
P1S13Q4
P3S3Q4 |
| 2. | Les manifestations de résistance augmentent en intensité en réaction à la fin du suivi en psychothérapie. | P1S13Q8
P3S12Q5 |
| 3. | Un mouvement d'ouverture à l'exploration, donnant accès à des contenus significatifs qui ébranlent le patient dans ses affects et ses réflexions, est suivi d'une fermeture à l'exploration. | P2S4Q7
P2S9Q10
P2S12Q3
P2S12Q5
P2S12Q6 |

Objectif 2

- | | | |
|----|--|---|
| 4. | Les manifestations de résistance et de transfert négatif altèrent la collaboration entre la thérapeute et le patient et parfois, à intensité plus élevée, elles affectent la qualité du lien également. | P1S2Q4
P1S8Q4
P1S13Q1
P3S3Q4
P3S7Q8
P3S7Q10
P3S12Q10
P3S15Q8 |
| 5. | Les hausses de manifestations de résistance et la présence de transfert négatif semblent associées à diverses tensions dans la qualité de l'alliance thérapeutique telles que des absences, de l'ambivalence quant au suivi thérapeutique ou une attitude de retrait passif. | P1S8Q6
P1S13Q1
P2S4Q3.2
P2S9Q6
P2S12Q3
P3S7Q10 |
| 6. | Le respect et l'acceptation des manifestations de résistance semblent permettre la préservation temporaire de la qualité de l'alliance thérapeutique fragilisée. | P1S14Q3
P3S8Q4 |
| 7. | La thérapeute se retrouve parfois dans une posture contre-transférentielle de passivité ou d'irritabilité lorsqu'elle est en contact avec un transfert évitant/rejetant ou avec des manifestations de résistance qui neutralisent ses interventions. | P1S8Q6
P1S13Q1 |
| 8. | Malgré la présence de manifestations de résistance et de transfert négatif, le travail collaboratif demeure possible en séance. | P2S12Q6
P2S14Q4
P3S7Q7 |

9.	Le transfert négatif met le patient en contact avec des affects négatifs, difficiles à explorer comme de la colère, de l'hostilité ou la dépendance.	P1S13Q9 P2S12Q6 P2S14Q6 P3S7Q7 P3S15Q6 P3S15Q8
10.	Les manifestations de résistance semblent configurées selon une dynamique transférentielle sous-jacente et ainsi, elles semblent contribuer au maintien de la dynamique transférentielle.	P1S2Q10 P1S8Q6 P1S8Q8 P3S15Q8
11.	Les manifestations de résistance à intensité accrue empêchent le déploiement libre du transfert négatif et ainsi, elles maintiennent ce transfert à distance.	P1S13Q6 P2S9Q6 P2S12Q6
Objectif 3		
12.	L'interprétation de la résistance et du transfert négatif semble bénéfique lorsqu'un frein important est observé quant à l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité.	P2S4Q3.2 P2S12Q5 P2S12Q6 P2S14Q10 P3S3Q9
13.	Certaines interventions, formulées sans soutenir l'expérience affective du patient, semblent avoir des effets négatifs sur la qualité de l'alliance, en étant entendues comme des critiques.	P3S7Q5 P3S7Q8 P3S12Q10
14.	L'interprétation de la résistance a permis l'accès à un contenu et à des affects significatifs qui étaient activement évités, ce qui a rendu l'espace thérapeutique plus intime.	P2S12Q10 P2S14Q10
15.	L'interprétation de la résistance permet la dissolution de la résistance et une meilleure alliance tant au niveau du lien que de la collaboration.	P1S8Q9 P1S8Q10 P1S14Q2 P2S5Q9 P2S9Q9 P2S9Q10 P2S12Q5 P2S12Q10 P2S14Q10 P3S13Q2 P3S13Q9 P3S15Q9
16.	Le travail clinique de la résistance libère parfois des angoisses que le patient n'est pas prêt à contenir et la qualité de l'alliance thérapeutique en est ensuite affectée.	P2S9Q10 P2S14Q10 P3S7Q10
17.	L'interprétation du transfert négatif crée des tensions au sein de l'alliance thérapeutique.	P3S7Q7 P3S7Q10
18.	L'interprétation visant l'exploration du transfert négatif permet au patient de contacter des affects négatifs envers la thérapeute.	P3S7Q7 P3S7Q10 P3S15Q6
19.	L'interprétation du transfert négatif semble solidifier le lien thérapeutique lorsque l'intervention valide l'expérience ou les affects du patient.	P2S12Q6 P3S3Q9

Appendice O

Certificat d'éthique

Sherbrooke, le 14 décembre 2017

Mme Vanessa Corbeil
FLSH Psychologie (études)
Université de Sherbrooke

N/Réf. 2017-1506/Corbeil

Objet : Approbation finale de votre projet de recherche

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines a reçu les clarifications ou les modifications demandées concernant votre projet de recherche intitulé « **Impact du travail clinique du transfert et de la résistance sur la qualité de l'alliance thérapeutique** ».


Les documents suivants ont été analysés :

- Formulaire de réponse aux conditions (F20-934)
- Projet de recherche (Vanessa Corbeil_projet de thèse éthique_ novembre 2017_v4_.docx) [date : 14 novembre 2017, version : version 4]
- Recrutement (recrutement VC_novembre 2017 v3.docx)
- Formulaire d'information et de consentement (Vanessa Corbeil_ formulaire d'information et de consentement CÉR dec 2017_v5_.docx) [date : 03 décembre 2017, version : version 5]

Le comité a le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été **approuvé**.

Cette approbation étant **valide jusqu'au 14 décembre 2018**, il est de votre responsabilité de remplir le formulaire de suivi (formulaire F5-LSH) que nous vous ferons parvenir annuellement. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute modification au projet de recherche (formulaire F4-LSH) ou de la fin de votre projet (formulaire F6-LSH). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite, Madame, le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche.



Marie-Claude Desjardins
Présidente du CÉR - Lettres et sciences humaines
Professeure
Faculté de droit

c. c. Vice-décanat à la recherche
Directeur ou directrice de recherche (le cas échéant)
Service d'appui à la recherche, à l'innovation et à la création (le cas échéant)

Appendice P

Formulaire d'information et de consentement pour les participants de l'étude



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions à la responsable du projet. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Impact du travail clinique du transfert et de la résistance sur la qualité de l'alliance thérapeutique

Personnes responsables du projet

Vanessa Corbeil, étudiante au doctorat professionnel en psychologie clinique, est la chercheuse responsable de ce projet. Vous pouvez la rejoindre à l'adresse courriel xxxxxxxxxx pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Marie Papineau, Ph. D., professeure au Département de psychologie à l'Université de Sherbrooke, FLSH, supervise le projet de recherche. Vous pouvez rejoindre Mme Papineau xxxxxxxxxx ou par courriel à l'adresse suivante : xxxxxxxxxx.

Objectifs du projet

L'objectif de cette recherche est d'observer et de mieux comprendre l'impact des manifestations de transfert et de résistance, des processus naturels inconscients, et de différentes interventions sur la qualité du lien entre un client et son thérapeute. L'étude permettra d'observer avec précision les variations dans la qualité de l'alliance thérapeutique.

Raison et nature de la participation

Votre participation impliquera d'abord votre présence à une rencontre d'évaluation de deux heures et possiblement, si votre candidature est retenue, à 15 rencontres hebdomadaires de psychothérapie individuelle avec la thérapeute-chercheuse. Ces rencontres auront lieu à la Clinique de psychologie xxxxxxxxxx le dimanche. Également,

vosre participation sera requise pour des périodes d'environ 15 minutes chacune suivant vos rencontres de psychothérapie. Pendant ces 15 minutes qui suivront vos séances de psychothérapie, vous aurez à répondre à un questionnaire se rapportant à vos sentiments, perceptions et impressions par rapport à votre relation avec votre thérapeute. De plus, chacune de vos séances de psychothérapie sera enregistrée sur bande audio numérique et certains passages seront retranscrits en verbatim (les interventions de la thérapeute), afin d'en permettre l'analyse pour la recherche en cours.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous offrira la possibilité de recevoir des séances de psychothérapie à un tarif réduit (tarif de 30\$ plutôt que 90\$ la séance). Elle vous offrira aussi l'opportunité de réfléchir sur la relation que vous entretenez avec votre thérapeute. Cette réflexion pourra s'avérer avantageuse par rapport à votre démarche thérapeutique étant donné qu'elle pourrait vous amener à faire des prises de conscience sur votre manière d'être en relation et à avoir une meilleure connaissance de vous-même.

À ces avantages s'ajoute le fait que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances entourant l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité en psychothérapie individuelle.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche pourrait vous amener à vivre des émotions difficiles associées aux sujets qui seront abordés dans le cadre de votre psychothérapie. La thérapeute-chercheuse facilitera ce processus en vous offrant un espace thérapeutique soutenant. De plus, elle consultera une psychologue superviseure, membre de l'Ordre des Psychologues du Québec, de manière hebdomadaire afin de s'assurer de la qualité de ses suivis. En cas de besoin de soutien immédiat, ces ressources peuvent être contactées en tout temps : Tel-Aide (514 935-1101) ou Association IRIS (514-388-9233).

De plus, le double rôle de la thérapeute-chercheuse ainsi que l'enregistrement des séances pourraient engendrer des inconvénients. Par exemple, vous pourriez vous sentir moins libre d'exprimer certains contenus et ainsi, avoir tendance à retenir des impressions, à filtrer vos propos ou à tenter de répondre aux attentes du projet de recherche. Votre thérapeute se montrera vigilante à remarquer cet inconfort et elle sera disposée à en discuter avec vous à tout moment du processus. Dans le même ordre d'idée, afin que vous soyez à l'aise d'interagir avec votre thérapeute tout en remplissant un questionnaire à propos de la relation à cette dernière, vos réponses à ce questionnaire seront compilées par un assistant de recherche, un doctorant en psychologie soumis aux règles de confidentialité. Votre thérapeute n'aura donc pas accès à vos réponses avant la fin du suivi de quinze rencontres et vous pourrez refuser à tout moment et en toute liberté de répondre à certaines questions. Quant à l'enregistrement audio, seulement la thérapeute-chercheuse écoutera la totalité de vos rencontres de psychothérapie. L'assistant de recherche écoutera

deux de vos séances afin de s'assurer de la justesse des données colligées par la thérapeute-chercheuse et vous pourrez demander à ce que certaines séances de psychothérapie ne soient pas écoutées.

Aussi, bien que vous ayez à donner de votre temps pour la complétion du questionnaire, vous pourrez demander de prendre une pause ou de le compléter à un autre moment. Enfin, vous recevrez uniquement 15 séances de psychothérapie à tarif réduit. Dans le cas où vous aimeriez poursuivre votre psychothérapie à la fin du processus de recherche, la thérapeute-chercheuse vous réfèrera dans un centre offrant des tarifs de psychothérapie à moindre coût, tels que le Centre Saint-Pierre ou l'Institut Argyle.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelques natures que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

Oui ☐ Non ☐

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier. Vous pourrez demander la destruction de vos données tout au long du suivi par téléphone, par la poste ou par courriel.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable recueillera et consignera les informations vous concernant (par exemple, nom et prénom, adresse postale et courriel, questionnaires remplis et cachetés, enregistrement et transcription) dans un dossier de recherche. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche, Vanessa Corbeil. L'assistant de recherche qui écoutera deux séances de psychothérapie n'aura pas accès à votre identité, mais uniquement à un code alphanumérique. Ce dernier signera un formulaire de respect de la confidentialité des données. Étant donné que la chercheuse responsable est candidate à la profession de psychologue, elle pourrait être amenée à discuter de votre cas avec une psychologue superviseure, membre de l'Ordre des psychologues du Québec. La superviseure n'aura pas accès à des informations permettant de vous identifier.

La chercheuse principale de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Advenant le cas où certains indices permettraient d'identifier les participants, la chercheuse s'engage à en effacer les traces dans le texte verbatim, dans le rapport de recherche et dans le mémoire doctoral.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, à l'Université de Sherbrooke pour une période n'excédant pas cinq ans après la fin de la collecte des données. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Résultats de la recherche et publication

Les conclusions et les résultats obtenus vous seront communiqués en vous faisant parvenir la section de la discussion dans le mémoire doctoral. L'information recueillie pourra être utilisée de manière globale pour des fins de communication scientifique et professionnelle. Dans ces cas, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche des Lettres et des Sciences Humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **M. Olivier Laverdière**, président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : xxxxxxxxxxxx (ou sans frais au xxxxxxxxxxxx), ou par courriel à: xxxxxxxxxxxx

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en caractères d'imprimerie*), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, Vanessa Corbeil, chercheuse principale de l'étude, certifie avoir expliqué au participant (e), les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité, tel qu'indiqué dans le présent formulaire.

Signature de la chercheuse principale de l'étude : _____

Appendice Q

Formulaire de consentement au respect de la confidentialité des participants
pour les assistantes de recherche

**Formulaire de consentement au respect de la confidentialité des participants
pour l'assistant de recherche**

Étant donné ma participation au projet de recherche « *Impact du travail clinique du transfert et de la résistance sur la qualité de l'alliance thérapeutique* », il est possible que j'aie accès dans le cadre de mes fonctions à des renseignements personnels à propos de la vie personnelle des participants.

Je, soussignée, (prénom et nom)

: _____

M'engage à respecter la confidentialité des renseignements personnels auxquels j'aurai accès dans l'exercice de mes fonctions.

Plus particulièrement, je m'engage :

1. À n'accéder qu'aux renseignements nécessaires à l'exécution de mes tâches ;
2. À n'utiliser ces renseignements que dans le cadre de mes fonctions ;
3. À ne révéler aucun renseignement personnel dont j'aurai pris connaissance dans l'exercice de mes fonctions à moins d'y être dûment autorisé ;
4. À conserver ces dossiers de sorte que seules les personnes autorisées puissent y avoir accès ;
5. À informer sans délai les responsables de cette recherche de toute situation ou irrégularité qui pourrait compromettre de quelque façon la sécurité, l'intégrité ou la confidentialité des données détenues ;
6. À ne conserver à la fin de ma participation à cette recherche aucun renseignement personnel transmis ou recueilli dans le cadre de mes fonctions et à maintenir mon obligation de confidentialité à leur égard.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, ce

Nom : _____

Titre : _____

Signature : _____

Appendice R

Résultats quantitatifs descriptifs des participants

Résultats quantitatifs descriptifs des participants

Résultats obtenus aux instruments quantitatifs pour le participant 1

Moyennes aux diverses mesures de qualité d'alliance thérapeutique par séance pour le patient 1

Patient 1	Séances														
Qualité de l'alliance thérapeutique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
HAQ : Alliance thérapeute	4,8	4,3	4,5	4,2	4,5	4,3	4,5	4,9	4,4	4,4	4,4	4,2	4,5	5,2	5,1
HAQ : Alliance patient	5,2	5,3	5,5	5,5	5,6	5,5	5,5	5,7	5,9	5,8	5,8	5,9	5,8	5,7	6,0
PRQ : Alliance thérapeute	2,8	2,6	2,5	2,2	2,4	2,4	2,2	2,9	1,8	1,8	2,5	1,9	2,2	3,5	3,6

Moyennes de l'intensité des diverses manifestations de résistance par séance pour le patient 1

Patient 1	Séances														
Manifestation de résistance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Opposition à l'affect douloureux	4,4	4,4	3,4	3,4	3,4	3,8	4,0	3,8	4,0	4,2	4,6	5,4	5,0	3,6	4,6
Opposition au rappel de matériel	1,2	1,0	1,0	1,6	2,8	2,8	2,6	1,6	3,0	2,4	2,4	3,0	3,0	3,0	3,0
Opposition au thérapeute	2,8	2,8	2,6	2,6	2,6	2,8	3,6	2,4	3,6	2,8	4,0	4,2	4,4	3,2	3,8
Opposition au changement	3,4	3,2	3,2	3,0	3,8	4,4	3,2	2,8	4,2	3,6	3,6	4,2	3,8	4,0	3,6
Opposition à l'insight	4,6	3,2	3,8	4,0	3,0	3,4	3,6	2,4	4,6	4,4	5,2	5,2	5,2	3,8	4,0

**Moyennes de l'intensité de la présence de transfert négatif par séance
pour le patient 1**

Patient 1	Séances														
Présence de transfert négatif	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Transfert hostile/agressif	1,2	1,5	1,5	2,2	2,2	1,6	1,6	1,4	1,3	1,2	1,3	1,7	2,3	1,2	1,5
Transfert grandiose/arrogant	1,3	1,6	1,8	1,7	1,8	1,3	1,8	1,4	1,0	1,3	1,2	1,3	1,2	1,0	1,0
Transfert anxieux/préoccupé	1,2	1,6	1,9	2,3	2,1	2,3	2,3	2,0	1,1	1,8	2,1	1,9	1,4	2,0	1,2
Transfert évitant/rejetant	2,8	2,6	2,6	2,2	2,4	2,4	2,2	2,9	1,8	1,8	2,5	1,9	2,2	3,5	3,6

Résultats obtenus aux instruments quantitatifs pour le participant 2

**Moyennes aux diverses mesures de qualité d'alliance thérapeutique par séance
pour le patient 2**

Patient 2	Séances														
Qualité de l'alliance thérapeutique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
HAQ : Alliance thérapeute	4,8	4,8	-	4,9	4,6	-	4,2	4,1	4,8	-	-	4,9	-	5,2	4,9
HAQ : Alliance patient	4,9	5,2	-	5,5	5,7	-	5,5	5,4	5,5	-	-	5,3	-	5,7	5,5
PRQ : Alliance thérapeute	3,7	3,5	-	2,7	2,8	-	2,8	1,9	2,8	-	-	3,7	-	4,4	3,4

**Moyennes de l'intensité des diverses manifestations de résistance par séance
pour le patient 2**

Patient 2	Séances														
Manifestation de résistance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Opposition à l'affect douloureux	4,8	4,2	-	3,4	5,2	-	3,6	3,6	4,6	-	-	3,4	-	4,0	5,0
Opposition au rappel de matériel	3,2	2,4	-	2,2	4,4	-	2,6	2,8	3,8	-	-	3,2	-	2,8	3,2
Opposition au thérapeute	3,0	2,8	-	2,2	3,6	-	2,4	3,6	3,0	-	-	3,4	-	2,6	3,0
Opposition au changement	2,4	5,0	-	4,4	5,4	-	2,8	4,0	4,0	-	-	3,6	-	4,0	4,4
Opposition à l'insight	4,2	3,0	-	3,0	4,2	-	3,2	3,2	3,4	-	-	3,6	-	3,2	4,8

**Moyennes de l'intensité de la présence de transfert négatif par séance
pour le patient 2**

Patient 2	Séances														
Présence de transfert négatif	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Transfert hostile/agressif	1,4	1,1	-	1,3	1,3	-	2,1	2,5	1,8	-	-	1,7	-	1,2	1,7
Transfert grandiose/arrogant	1,2	1,2	-	1,8	1,4	-	1,7	1,1	2,2	-	-	1,9	-	1,6	1,3
Transfert anxieux/préoccupé	2,7	2,1	-	2,7	2,7	-	3,3	2,2	2,4	-	-	3,0	-	2,9	3,3
Transfert évitant/rejetant	2,6	2,3	-	3,1	3,6	-	3,1	2,7	3,7	-	-	3,3	-	2,1	3,4

Résultats obtenus aux instruments quantitatifs pour le participant 3

**Moyennes aux diverses mesures de qualité d'alliance thérapeutique par séance
pour le patient 3**

Patient 3	Séances														
Qualité de l'alliance thérapeutique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
HAQ : Alliance thérapeute	4,0	4,3	4,7	4,1	4,8	5,0	4,0	4,3	4,3	4,5	3,9	4,0	4,9	4,9	3,8
HAQ : Alliance patient	5,6	5,0	5,3	5,2	5,5	5,7	5,6	5,9	5,7	5,3	5,7	5,4	5,5	5,5	5,2
PRQ : Alliance thérapeute	2,5	2,8	3,2	2,4	3,3	3,4	2,3	1,6	2,8	2,3	1,8	1,8	2,9	3,4	2,0

**Moyennes de l'intensité des diverses manifestations de résistance par séance
pour le patient 3**

Patient 3	Séances														
Manifestation de résistance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Opposition à l'affect douloureux	3,4	3,4	2,8	2,8	4,6	3,6	3,8	3,8	3,6	4,0	4,0	4,8	4,2	4,4	4,8
Opposition au rappel de matériel	2,8	3,2	1,6	2,4	2,8	2,2	2,2	2,6	2,4	3,0	3,2	1,6	2,4	2,8	3,4
Opposition au thérapeute	3,2	2,8	2,2	2,4	2,6	2,2	2,2	3,6	2,0	2,4	3,2	3,8	3,0	2,6	4,4
Opposition au changement	3,6	3,2	3,6	3,8	1,4	3,6	3,6	3,4	2,6	2,2	2,8	3,6	2,8	4,0	4,0
Opposition à l'insight	4,2	3,6	2,8	3,4	3,0	2,6	2,0	5,2	3,2	3,8	4,0	4,0	3,2	3,6	4,8

Moyennes de l'intensité de la présence de transfert négatif par séance
pour le patient 3

Patient 3	Séances														
Présence de transfert négatif	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Transfert hostile/agressif	1,4	1,5	1,4	1,9	2,1	1,6	2,9	1,7	2,5	2,1	2,0	2,2	1,5	1,6	2,9
Transfert grandiose/arrogant	1,2	1,1	1,3	1,7	1,3	1,3	1,3	1,4	1,2	1,0	1,1	1,8	1,4	1,0	1,1
Transfert anxieux/ préoccupé	1,2	1,4	2,0	1,6	1,3	1,4	1,9	1,7	1,6	1,8	2,0	1,7	2,6	1,8	2,1
Transfert évitant/ rejetant	2,0	2,6	2,4	2,4	2,7	2,6	2,9	2,6	2,1	2,0	2,4	2,9	2,9	3,6	3,9